

Guía

Prevención psicosocial integral en las empresas Orientaciones para la acción



FINANCIADO POR:

AI2017-0005



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL



FUNDACIÓN
ESTATAL PARA
LA PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES, F.S.P.



Índice

1. Salud y seguridad psicosocial integral en las empresas: reto para la prevención **5**
2. Análisis del potencial de prevención psicosocial en las empresas **9**
 - 2.1. Estudio 1: Análisis de fuentes secundarias **10**
 - 2.2. Estudio 2: Encuesta sobre el potencial de salud psicosocial en las empresas **23**
 - 2.3. Estudio 3: Entrevista a agentes clave **32**
 - 2.4. Estudio 4: Grupos de discusión **40**
3. Conclusiones y Orientaciones para la acción preventiva psicosocial integral **46**
 - 3.1. Aumento generalizado de los factores psicosociales de riesgo, fruto del cambio de modelo de gestión empresarial **46**
 - 3.2. Incapacidad para reducir los riesgos y los daños psicosociales en la salud de trabajadores/as, empresas y sociedad **47**
 - 3.3. Naturaleza compleja de los factores psicosociales **48**
 - 3.4. Insuficiencia e inadecuación del sistema dominante de gestión de la salud y la seguridad psicosocial **49**
 - 3.5. Escasa promoción de la salud **51**
 - 3.6. Impera la visión Normativa de la salud y la seguridad psicosocial **52**
 - 3.7. Orientaciones para mejorar el modelo de salud y seguridad psicosocial **54**
4. Bibliografía **60**

EDITA

Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC

DISEÑA E IMPRIME

Blanca Impresores S.L.

Depósito Legal: M-16650-2019

Elaborado por:

Miguel Ángel Gimeno Navarro (Coord.)

Profesor del Dpto. Administración de Empresas y Marketing
Universitat Jaume I

Diego Climent Gas

Psicólogo y Técnico en prevención

ABREVIATURAS

CSS:	Comité de Seguridad y Salud
EETPRL:	Encuesta en España a técnicos de prevención de riesgos laborales
ENCT:	Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo
ENE:	Excedente Neto de Explotación
ESENER:	Encuesta Europea en las Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes
ESNER:	Encuesta Nacional de Gestión de Riesgos Laborales en las Empresas
EU-OSHA:	Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo
EWCS:	Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de España
INSST:	Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo
ITSS:	Inspección de Trabajo y Seguridad Social
LPRL:	Ley de Prevención de Riesgos Laborales
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
PIB:	Producto Interior Bruto
RSP:	Reglamento de los Servicios de Prevención

1. SALUD Y SEGURIDAD PSICOSOCIAL INTEGRAL EN LAS EMPRESAS: RETO PARA LA PREVENCIÓN

Los factores psicosociales de riesgo se han convertido, debido a los cambios que están ocurriendo en el mundo del trabajo y las organizaciones, en una fuente de problemas para la salud y la seguridad de trabajadores/as, organizaciones y sociedad. De hecho, para la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2010) y para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010) los riesgos psicosociales son considerados una de las epidemias laborales del siglo XXI.

El crecimiento de los riesgos psicosociales no parece que vaya a detenerse a corto-medio plazo. De hecho vivimos en lo que se ha denominado *sociedad del malestar* (Han, 2014; Urreiztieta, 2004), o *sociedad global del riesgo* (Beck, 2002). Como señala Carrión (2007), ¿cómo es posible que tantas organizaciones funcionen como lo hacen, destrozando la vida de sus miembros y dejando un rastro de miedo y dolor? ¿Por qué se consienten los entornos de trabajo tóxicos mientras se ensalza la importancia del talento humano? ¿Cómo es posible que grandes corporaciones, con extensas memorias de responsabilidad social y grandes beneficios económicos, consientan y se aprovechen del surgimiento de nuevas formas de precarización, en su seno o en sus subcontratas? El análisis de muchas de las actuales formas de gestionar los ‘recursos humanos’ revela que estamos creando -en el peor de los casos- nuevas formas de explotación; y, en el menos malo, desidia y tristeza (Gimeno, 2016). ¿De qué otra forma puede entenderse que se venda, insistentemente, la importancia de desarrollar talento y trabajar en equipo pero no exista voluntad para cumplir la ley y realizar una simple evaluación de riesgos psicosociales?

Es por ello que la lista de riesgos psicosociales sigue en aumento. Entre los principales se encuentran (Blanch, 2011; Carbonell et al., 2008; EU-OSHA, 2007, 2009, 2010; González, 2003; Moreno-Jiménez y Garrosa, 2013; OIT, 2016; Observatorio permanente de Riesgos Psicosociales, 2006): estrés, burnout, boreaut, violencia, acoso, fatiga (física, mental y/o emocional), adicción al trabajo, miedo, precariado, vulnerabilidad a la exclusión, conflicto trabajo-familia, absentismo, o presentismo, entre otros.

Los daños que producen en la salud de los/as trabajadores/as se observan en diferentes aspectos:

- Fisiológicos (p.ej., reacciones endocrinas).
- Emocionales (p.ej., ansiedad, depresión, apatía).

- Cognitivos (p.ej., problemas de memoria, de concentración, de creatividad, de toma de decisiones, de atención).
- Conductuales (p.ej., abuso en el consumo de sustancias, violencia, problemas alimenticios, problemas de sueño, asunción de riesgos innecesarios).
- Sociales (p.ej., pérdida de ganas por estar con otras personas).

Estos daños surgen de forma lenta y acumulativa. Su impacto se refleja en múltiples y variados trastornos: cardiovasculares (hipertensión, enfermedades cerebrovasculares, arteriosclerosis, infartos de miocardio, ...), respiratorios, gastrointestinales, musculares, dermatológicos, sexuales, endocrinos, inmunológicos, síndrome metabólico y con ansiedad y depresión, quejas psicósomáticas, irritabilidad, consumo de sustancias (tabaco, alcohol, tranquilizantes, etc.), inactividad física, lumbalgias, gripes, cefaleas, insomnio y cansancio, agotamiento emocional, pobre evaluación de la salud, entre otros (Carbonell et al., 2008; Observatorio permanente de Riesgos Psicosociales, 2006; García y Fernández, 2018).

Además del impacto sobre la salud y la seguridad de los/as trabajadores/as, los factores psicosociales de riesgo también causan daños en las organizaciones y en la sociedad. Estos daños pueden clasificarse en (Gimeno, 2016):

- Económicos, como puede ser la pérdida de productividad y la reducción de beneficios, o los costes derivados de la recuperación de la salud.
- De recursos, con la pérdida de talento y de ciudadanía saludable.
- Estructurales, como puede ser el surgimiento de entornos de trabajo y comunidades tóxicas.
- Sociales, entre los que estaría la degradación del clima de trabajo o el surgimiento de conflictos y situaciones de violencia, entre otros.
- De valores, que entrañan una pérdida de credibilidad por parte de la ciudadanía y de los/as trabajadores/as.

Ahora bien, una de las características de algunos factores psicosociales es su *ambivalencia*. Esto significa que alguno de ellos puede ser tanto *factor de riesgo*, y afectar negativamente a la salud, como *factor de salud*, y ayudar a promoverla. Por ejemplo, un puesto de trabajo con escasa o nula variedad de tareas puede conducir a la monotonía y al *boreaut*; sin embargo, una excesiva variedad puede conducir al estrés y la ansiedad. Esto significa que desempeñarse en un puesto con una alta variedad de tareas puede ser tan dañino o más que hacerlo en otro con poca variedad. Y esto ocurre en muchos otros factores psicosociales (ritmo, responsabilidad, autonomía, liderazgo, etc.): su relación con la salud no es siempre

lineal, en ocasiones es curvilínea. Así pues, a la hora de intervenir sobre los factores psicosociales se ha de tener presente que pueden ser tanto fuente de bienestar como de daño. En un caso se trabajará en su promoción, y en otro en su prevención.

Desde la perspectiva preventiva, para hacer frente a los riesgos psicosociales y a sus consecuencias, la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), establece que el/la empresario/a tiene la obligación de garantizar la seguridad y salud de los/as trabajadores/as a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo. En este sentido es deber de la empresa dotar a nuestro entorno de trabajo de unas condiciones seguras, proporcionándonos la debida protección frente a los riesgos laborales existentes (art. 14).

Para lograr este fin, la LPRL establece una serie de principios que deben regir la actividad preventiva en nuestro centro de trabajo, y que, por supuesto, se aplican también al ámbito psicosocial:

- a. Evitar los riesgos.
- b. Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- c. Combatir los riesgos en su origen.
- d. Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- e. Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- f. Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- g. Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
- h. Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- i. Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

La prevención de los riesgos de origen psicosocial pasa, pues, por:

- a. La investigación y detección de los riesgos inherentes al trabajo que realizamos.
- b. Tras su identificación, estos riesgos deben ser eliminados.
- c. Caso de no ser posible su erradicación, evaluados para establecer las medidas preventivas adecuadas.
- d. Estructurar esas actividades preventivas dentro del plan preventivo de la empresa.

- e. Integrar esas actividades en la misma organización del trabajo, tal y como se recoge en el RD 39/1997 de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP).

Aunque esta obligación legal existe desde el año 1995, pocas empresas han puesto en marcha esos principios preventivos en el ámbito psicosocial. Si bien las diferentes campañas realizadas desde instituciones y organismos nacionales e internacionales están creando una cierta conciencia de necesidad de actuación.

La actual actividad preventiva sobre los factores psicosociales de riesgo no parece ser ni eficaz ni eficiente para el que debería ser su principal cometido: mejorar las condiciones de salud y seguridad laboral. Se ponen de relieve importantes carencias del sistema de gestión de la salud y la seguridad en una parte significativa de las empresas. La primera gran carencia guarda relación con la voluntad de actuar sobre estos riesgos. Y la segunda tiene que ver con la capacidad para hacerlo preventivamente; las medidas, caso de aplicarse, son fraccionadas, urgentes, reactivas, y se centran más en medidas individuales (sobre el/la trabajador/a) que en medidas colectivas (sobre la organización). Para muestra un botón: solo un tercio de las empresas europeas disponen de planes para prevenir el estrés laboral; y solo un 53% cuenta con información sobre como incorporar los riesgos psicosociales en la evaluación de riesgos (EU-OSHA, 2015).

Frente a esta forma de actuar sobre los factores psicosociales, la actividad preventiva debería realizarse:

1. Considerando la salud en el trabajo desde una perspectiva holística e integradora, que contemple su multicausalidad y el carácter multinivel de los factores presentes en las organizaciones (Gimeno et al., 2013; Härenstam et al., 2003; Hodson y Roscigno, 2004; Lindström et al., 2000; Newell, 1995; Wilson et al., 2004; entre otros).
2. Complementando la identificación de los factores psicosociales con una aproximación multivariada, desarrollada inexcusablemente a partir del plan de prevención.
3. Creando una zona común de trabajo entre la actividad preventiva y la gestión de las personas en las organizaciones (Vîrgă, 2011).
4. Alineando los procesos operativos con los de seguridad y salud.

Esta es una necesidad que ya se había apuntado en la modificación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en España (2003). Esto significa que todos/as los/as implicados/as debemos empezar a trabajar la salud psicosocial de forma integral. Y constituye un reto central para la mejora de las condiciones de trabajo en el tejido empresarial. Cabe plantearse hasta qué punto estamos en condiciones de responder a este desafío.

2. ANÁLISIS DEL POTENCIAL DE PREVENCIÓN PSICOSOCIAL EN LAS EMPRESAS

Teniendo en cuenta la urgencia y la importancia de actuar sobre los factores psicosociales, y la necesidad de hacerlo desde una perspectiva integral, cabe plantearse en qué situación se encuentra, actualmente, la prevención psicosocial de las empresas españolas. Para, a partir de ese diagnóstico, orientar en el desarrollo de una actividad preventiva psicosocial de carácter integral. Estos son los principales cometidos de este trabajo.

Las preguntas centrales que han guiado la investigación son:

- ¿Cuál es la visión que predomina en nuestro tejido empresarial a la hora de prevenir y promocionar la salud?
- ¿A qué tipo de salud se le concede más importancia en las empresas?
- ¿Cómo es su actividad preventiva ante los factores psicosociales?
- ¿Cuáles son las capacidades (saber y saber hacer) y la voluntad (querer hacer) de las empresas españolas a la hora de gestionar la salud y seguridad psicosocial?

Así pues, el primer objetivo de este trabajo es analítico y descriptivo:

- Conocer el potencial del tejido organizativo en España para prevenir y/o promover los factores psicosociales

El segundo objetivo es operativo y aplicado:

- A partir del diagnóstico realizado, plantear una serie de indicaciones que ayuden al cambio del modelo de salud y seguridad en el ámbito psicosocial.

Para responder a estos interrogantes, y comprender cómo se está aplicando la prevención psicosocial en las empresas en España, hemos trabajado desde una aproximación interpretativa. Se ha utilizado una metodología mixta, combinando técnicas

de investigación cuantitativa (encuesta) y cualitativa (entrevistas, grupos de discusión, y análisis documental).

Teniendo en cuenta lo anterior, se han realizado cuatro investigaciones que se combinan para obtener un diagnóstico lo más ajustado y cercano posible a la realidad actual de la prevención psicosocial en nuestro país.

Estudios realizados

- 1. Análisis de fuentes secundarias**
- 2. Encuesta sobre el potencial de salud psicosocial en las empresas**
- 3. Entrevista a agentes clave**
- 4. Grupos de discusión**

A continuación presentamos los principales resultados obtenidos en cada uno de ellos.

2.1. ESTUDIO 1: ANÁLISIS DE FUENTES SECUNDARIAS

¿Cuál es la exposición a los riesgos psicosociales en las empresas en España?
¿Cómo es la actividad preventiva frente a estos riesgos en nuestro contexto? ¿Qué daños generan en la salud? Para responder a estas cuestiones, en este primer estudio se han analizado los resultados aportados por las siguientes encuestas de salud y condiciones de trabajo:

- V Encuesta Nacional de condiciones de Trabajo (ENCT) (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo -INSST-, 2003).
- VI Encuesta Nacional de condiciones de Trabajo (ENCT) (INSST, 2007).
- I Encuesta Nacional de Gestión de Riesgos Laborales en las Empresas (ESNER) (INSST, 2009).
- VII Encuesta Nacional de condiciones de Trabajo (ENCT) (INSST, 2011).
- 2ª Encuesta Europea de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (ESENER-2), realizada por la EU-OSHA en 2015.
- II Encuesta Nacional de Gestión de Riesgos Laborales en las Empresas (ESNER II) (INSST, 2015).
- 6ª EWCS Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de España, llevada a cabo en 2015 (INSST, 2017).
- 1ª Encuesta en España a técnicos de prevención de riesgos laborales EETPRL (Sánchez-Herrera, 2017).

Para realizar este análisis se ha agrupado la información en 3 categorías:

- a. Situación de los factores y de los riesgos psicosociales en las empresas
- b. Consecuencias para la salud de los/as trabajadores/as
- c. Actuaciones preventivas en el ámbito psicosocial

En este análisis no solo se presenta una descripción de la situación actual, sino que se considera la evolución ocurrida en los últimos años .

a. Situación de los factores y riesgos psicosociales en las empresas

ESNER II (2015) indica que siete de cada diez centros de trabajo tienen algún riesgo psicosocial; esto es, en un 70% de las empresas españolas existen riesgos psicosociales. Ahora bien, que exista el riesgo no significa que sea percibido; así, mientras que la percepción del riesgo físico es muy importante, no ocurre lo mismo con el riesgo psicosocial; este es un hecho característico en los centros de trabajo españoles. El factor de riesgo más frecuente es tener que tratar con clientes, pacientes o alumnado difíciles, señalado por casi la mitad de las empresas (ver Gráfica 1).

Desde 2005 se mantiene estable el porcentaje de trabajadores/as que señalan que su seguridad o salud están expuestas a riesgos en su trabajo (35% en 2015). Este aspecto es significativamente más mencionado por los hombres (40% frente al 30% de las mujeres) y por los/as asalariados/as (36% frente al 31% de los/as autónomos/as). Los/as trabajadores/as informan que el aspecto que más ha cambiado ha sido el salario o ingresos (para el 31% de los/as trabajadores/as), las tareas o deberes a realizar (25%) y el número de horas trabajadas a la semana (23%). El sentido más frecuente de los cambios ha sido el de aumento, salvo en el caso del salario o ingresos, que ha sido decreciente.

Entre 2012 y 2015, el 21% de los/as asalariados/as ha sufrido en su lugar de trabajo una reestructuración o reorganización sustancial que ha afectado a su trabajo.

Gráfica 1. Factores de riesgo laboral (ESNER II). Fuente: INSHT, 2015.



Por su parte, según la 6ª EWCS (INSST, 2017), más de un tercio de los/as trabajadores/as deben trabajar siempre o casi siempre a gran velocidad, y con plazos muy ajustados; estos factores de riesgo han aumentando entre 2005 y 2015. También ha aumentado la exposición a exigencias emocionales; así como la realización de tareas monótonas y repetitivas. Un factor a destacar es el aumento en la inseguridad del empleo (14% en 2005 vs. 22% en 2015). Otro aspecto que ha aumentado es la discriminación en el trabajo (se ha pasado de un 2% en 2005 a un 5% en 2015). Igualmente han crecido las ofensas verbales (5% en 2010 y 8% en 2015). Además, la discriminación por género afecta a un 3% de las mujeres, frente a un 1% de los hombres; si bien estos manifiestan mayor discriminación por razón de nacionalidad y de orientación sexual. En el lado positivo, la autonomía para adecuar ritmos, métodos y secuencia de realización de tareas ha aumentando entre esos 2 momentos. También ha aumentado la rotación entre tareas.

Tanto en la VI (2007) como en la VII ENCT (2011) los factores psicosociales aparecen como una de las principales causas de los accidentes. Comparando la V ENCT (2003), la VI (2007) y la VII (2011), en la VII ENCT las principales causas de accidente eran las distracciones, los descuidos, los despistes y la falta de atención. Además de tener en cuenta otras relacionadas con el ritmo de trabajo, las posturas forzadas, el cansancio o fatiga, y el tener que levantar o mover cargas pesadas. En la VI ENCT los aspectos organizativos y las condiciones materiales representaban el 57,9% de las deficiencias que producen los accidentes; los “factores personales” suponían un 27,1%;

y las deficiencias específicamente preventivas un 6%. En el 2003 en la génesis de los riesgos se identificaban, en mayor medida, las deficiencias de las instalaciones o de la organización, siendo menor la importancia de las causas personales.

En el contraste entre la VI (2007) y la VII ENCT (2011) destacaba que en 2011 el 46% de los/as ocupados/as consideraba que trabajaba muy rápido; porcentaje superior al obtenido en 2007, que fue del 44%. El 45,3% debía atender varias tareas al mismo tiempo; en este caso también hubo incremento en la frecuencia respecto a 2007, que fue del 41,2%. El 34,9% señalaba que sus plazos de trabajo eran muy estrictos y muy cortos; este aspecto se mantenía sin diferencias respecto a 2007 (33,5%). Destacando por encima de todos los datos que el 23,9% de los/as trabajadores/as tenía mucho trabajo y se sentía agobiado/a. Este porcentaje era ligeramente superior al observado en 2007 cuando se alineaba con esta opinión un 20,3% de los/as ocupados/as. La complejidad del trabajo era otro de los factores importantes dentro de los riesgos psicosociales. El 20,5% de los/as ocupados/as señalaba que debía realizar tareas complejas, complicadas o difíciles; este porcentaje prácticamente coincidía con el obtenido en 2007 (20,8%). Por otra parte, en 2011 el 43,7% indicó que debía realizar tareas monótonas; estos datos son ligeramente más bajos que los obtenidos en el 2007 (45%).

En relación con la autonomía de que se dispone en el puesto de trabajo, en 2011 el 35% de los/as trabajadores/as no tenía la posibilidad de elegir o modificar: el método de trabajo, el ritmo de trabajo, el orden de las tareas o poner en práctica sus propias ideas; pese a ello, todos estos indicadores eran mejores que los de 2007. En cambio, en 2003 el 51% de los/as trabajadores/as podía modificar siempre que quisiera o a veces dichos aspectos del trabajo; y el 48% nunca podía modificar uno o varios de estos aspectos.

Con respecto al ritmo de trabajo, las demandas directas de personas (como clientes, pasajeros/as, alumnado, pacientes...) eran el elemento que con mayor frecuencia determinaba el ritmo de trabajo (66,9%), seguido por la existencia de plazos de tiempo que cumplir (51,5%), según la VI ENCT.

Analizando el apoyo social que perciben los/as trabajadores/as, en la VII ENCT sólo el 7,3% de los/as ocupados/as opinaba que era difícil obtener ayuda de sus compañeros/as si la solicitaba; respecto a 2007 no hubo diferencias significativas (6,7%). En cambio la falta de apoyo de superiores o jefes/as

era más habitual (16,9% apenas obtenía su ayuda si la solicitaba); aunque el dato mejoró respecto a 2007 (20,1%).

Por lo que respecta a la falta de reconocimiento del trabajo realizado, el 6,1% de los/as ocupados/as coincidía en contestar que pocas veces tenía la sensación de estar haciendo un trabajo útil; este porcentaje apenas presentaba diferencias con el obtenido en 2007 (6,5%).

La compatibilidad entre trabajo y familia es otro factor importante a analizar. En este aspecto el 22,6% de los/as encuestados/as en la VII ENCT manifestó tener dificultades para compaginar su horario de trabajo con sus compromisos sociales y familiares: el 17,4% no muy bien y el 5,2% nada bien.

Uno de los riesgos psicosociales más relevantes es la exposición a situaciones de violencia. En la VII ENCT el 89,1% de los/as trabajadores/as declaró no haber sufrido conductas violentas; el 11% declaró haber sufrido alguna, el 22,7% contestó “a menudo” y el 84,5% “a veces”. Las conductas violentas más señaladas por los/as trabajadores/as en la VII ENCT fueron: agresiones verbales, rumores o aislamiento social, amenazas de violencia física, y violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo; las conductas violentas menos mencionadas fueron: la discriminación por discapacidad, orientación sexual o religión. Estos datos fueron muy similares a los obtenidos en la VI ENCT.

El riesgo de sufrir violencia guarda relación con el tipo de contactos que tienen los/as trabajadores/as en su puesto de trabajo. Según los resultados obtenidos en la VII ENCT el 64% debía tratar directamente con personas que no estaban empleadas en su lugar de trabajo (clientes, pasajeros/as, alumnado, pacientes, etc.). Respecto a 2007 esta actividad se había incrementado significativamente en cinco puntos (58,6%). Este aspecto puede estar relacionado con el riesgo de sufrir actos violentos. En este sentido, la misma encuesta aporta diferentes datos que evidencian esta situación de trabajo: el 12,7% de los que trabajaban de cara al público señaló que sufría atracos, agresiones físicas u otros actos violentos; para el conjunto de trabajadores/as la frecuencia era del 8,9%. Mientras que, en general, el 3,8% de los/as ocupados/as manifestó haber sido objeto de amenazas de violencia física, porcentaje que subía al 5% entre los que trabajaban de cara al público. El 2,4% del total de ocupados/as expresó que, durante el último año, había sido objeto de violencia física cometida por personas no pertenecientes a su lugar de trabajo.

Otro aspecto a considerar es la media de horas trabajadas por semana. En 2011 era de 38,5, en 2007 fue de 39,89 horas y en 2003 de 39,9. Como se observa, poco a poco se ha ido reduciendo el tiempo de jornada laboral en España.

Por lo que respecta al tamaño de la empresa, en la 6ª EWCS (2015) se indica que en los centros más pequeños –entre 5 y 9 trabajadores/as- destacan los bajos porcentajes en: presión de tiempo (27%), comunicación o cooperación deficientes (17%), y falta de influencia de los/as trabajadores/as sobre su trabajo (11%). Este último factor de riesgo es el que más destaca en los centros de 250 y más trabajadores/as, con un 42%.

Por actividad, los sectores en los que menos se han evaluado los riesgos psicosociales son: Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca (40,8%) e Industria manufacturera (38,2%). Por otra parte, destacan las siguientes relaciones:

- Comunicación o cooperación deficientes en Administración pública (30,5%).
- Presión de tiempo en Información, finanzas, actividades inmobiliarias, científicas, técnicas y administrativas (39,2%) y en Sanidad, educación y servicios sociales (37,4%).
- Tener que tratar con clientes, pacientes, alumnado u otras personas externas en Administración pública (61,7%), y Sanidad, educación y servicios sociales (66,8%).
- Largas jornadas de trabajo u horario irregular en Información, finanzas, actividades inmobiliarias, científicas, técnicas y administrativas (22,3%).

b. Consecuencias para la salud

Sobre las consecuencias de la exposición a estos factores, ya en 1999 se estimaba que las enfermedades causadas por el estrés, la violencia y el acoso laboral generaban el 18 % de los problemas de salud laboral (Comisión Europea, 1999). Los datos de Eurostat (2010) mostraban que el estrés, la depresión y la ansiedad se habían convertido en una de las tres principales causas de enfermedad en los centros de trabajo europeos. El estrés laboral es el segundo problema de salud relacionado con el trabajo más frecuente en Europa después de los trastornos musculoesqueléticos (UE-OSHA, 2014). En el mismo sentido se expresa la OMS, según la cual los trastornos mentales y los problemas derivados de la ansiedad, la depresión y el estrés constituyen las principales causas de incapacidad laboral temporal y permanente en los países desarrollados (Valladares et al., 2008).

En España, los trastornos mentales suponen la segunda causa de baja laboral, y el tercer grupo de enfermedades que genera más gasto al sistema sanitario público (Moreno et al., 2009). Igualmente, ha crecido el miedo y el estrés ante la posibilidad de perder el empleo (OIT, 2009). Los/as trabajadores/as se ven forzados a aceptar peores condiciones de trabajo, perdiendo su poder reivindicativo y de negociación (Gómez, 2007). El sentimiento de indefensión es agudo y general (Standing, 2002). Aproximadamente la mitad de los/as trabajadores/as europeos/as consideran que estos riesgos son habituales en su lugar de trabajo. De hecho, entre el 50 y el 60% de todos los días de trabajo perdidos en Europa se pueden atribuir al estrés laboral (EU-OSHA, 2014). El 28% de los/as trabajadores/as europeos/as ha estado expuesto a riesgos psicosociales que afectaban a su bienestar mental (Eurostat, 2010). Por su parte, la mayoría de las empresas señala a los riesgos psicosociales como uno de los principales motivos de preocupación (Eurofound y EU-OSHA, 2014).

La VII ENCT señala que más de siete de cada diez trabajadores/as tiene algún problema de salud. Para la mayoría, sus problemas de salud están relacionados (originados o agravados) por el trabajo que realizan, en particular quienes presentan algún trastorno musculoesquelético, pero también los/as que manifiestan sufrir cansancio y agotamiento, y estrés. El 72% indica que padece algún problema concreto de salud; fundamentalmente se trata de problemas como el cansancio o agotamiento, los trastornos musculoesqueléticos en general, y el estrés, ansiedad o nerviosismo. De los/as trabajadores/as que consideran que el trabajo afecta su salud un 8,5% señala que sufre dolor de cabeza, un 27,9% estrés; y la depresión y el insomnio las señalan un 5,4% y un 6,2%, respectivamente.

La VI ENCT (2007) indicaba que el 14,3% de los hombres y un 20,4% de las mujeres padecían problemas de estrés, ansiedad o nerviosismo. Por su parte, la VII ENCT (2011) mostró que el 23,9% de los/as trabajadores/as se sentía agobiado/a en su trabajo, que un 14,1% sufría estrés, ansiedad y nerviosismo, un 8,6% de dolor de cabeza, un 6,5% de problemas para conciliar el sueño, y un 2,9% depresión. En la 6ª EWCS (2017) el 30% de los/as trabajadores/as afirma sentirse estresado/a siempre o casi siempre (aumentando un 7% desde 2010). Un 39% afirma que se siente exhausto/a siempre o casi siempre. El estado general de salud ha empeorado entre 2010 (85 % la considera buena o muy buena) y 2015 (78%). Ha aumentado la ansiedad (pasando del 10% en 2010 al 17% en 2015). Y el dolor de cabeza y la fatiga visual (28% al 36%).

Cuando se consideran las diferencias entre sexos, se observa que las cefaleas y fatigas visuales, la ansiedad y el cansancio general afectan mayormente a las mujeres frente a los hombres (41% vs. 31%, 21% vs 15%, y 50% vs 39% respectivamente). También las mujeres presentan más problemas vinculados con el sueño que los hombres y manifiestan sentirse más exhaustas.

Además del coste para la salud y el bienestar de los/as trabajadores/as, los costes económicos y productivos asociados a estos riesgos son muy elevados. Así, los análisis realizados por Gamero-Burón (2010) y Gamero-Burón y González (2008) destacan que en 2004 se contabilizaron 12,3 millones de jornadas laborales perdidas imputadas al estrés laboral. Los días de trabajo perdidos por estrés laboral suponen alrededor del 45% del número total de las ausencias. Esto implica que el coste por ausencias laborales asociado al estrés laboral alcanza un 0,11% del PIB anual y alrededor del 0,40% del ENE (Excedente Neto de Explotación). El coste del absentismo asociado al estrés por trabajador/a para una empresa en España supone más de mil euros anuales, a lo que habría que añadir los costes indirectos como la pérdida de satisfacción, el empeoramiento del clima, la reducción de la calidad, la pérdida de marca, etc.

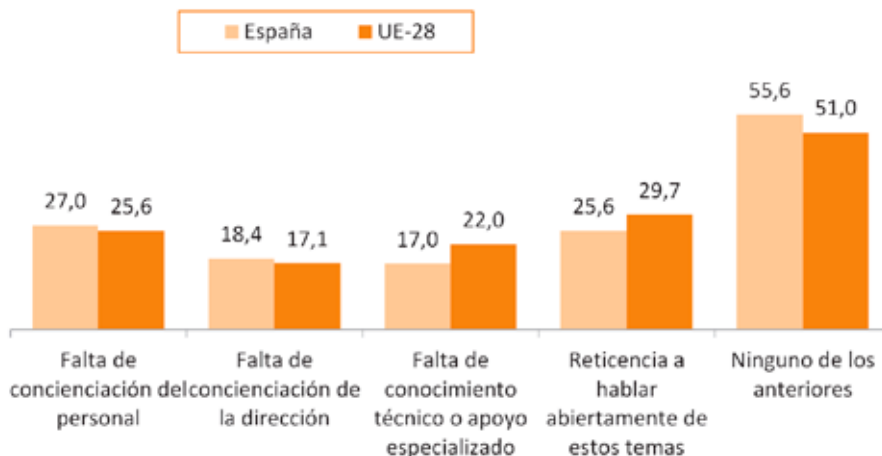
Por lo que respecta al absentismo, según ESNER II, en España el nivel percibido de absentismo es bajo (73,2%, dato similar al promedio europeo). Por sectores, el nivel de absentismo considerado como “bastante alto” o “muy alto” destaca en Construcción, gestión de residuos, suministro de agua y electricidad (6,4%), y en Administración pública (6,1%), respecto al promedio (4,8%). Atendiendo al tamaño de la empresa, el absentismo crece a medida que lo hace la plantilla: desde el 4% en los centros de 5 a 9 trabajadores/AS hasta el 11,7% de los centros más grandes. Los/as técnicos/as de prevención, en la 1ª EETPL (Sánchez-Herrera, 2017) consideran que debería ser evaluado, así como otros índices cualitativos como la participación de los/as trabajadores/as.

c. Actuaciones preventivas en el ámbito psicosocial

Antes de hablar de las medidas preventivas, primero habría que considerar ¿qué es lo que más motiva a trabajar por la prevención en las empresas españolas? ESNER II (2015) informa que, para los gestores de los centros de trabajo en España, el principal motivo para abordar la gestión de la prevención de riesgos laborales es dar cumplimiento a una obligación legal y evitar la multa o sanción por incumplimiento.

Y ¿cuáles son las principales dificultades que se encuentran para trabajar la prevención? De nuevo ESNER II nos indica que son: la complejidad de los requisitos legales, la falta de tiempo o personal, la falta de concienciación de los/as trabajadores/as y también, aunque en menor medida, de los/as propios/as directivos/as (ver Gráfica 2).

Gráfica 2. Dificultades para afrontar los riesgos psicosociales en los últimos 3 años, comparativa entre España y UE-28. Fuente: INSHT, 2015.



Existe un consenso general que apunta que el pilar básico en la prevención es una buena evaluación de riesgos. La realización de evaluaciones ha ido en aumento en los últimos años. Así, según la ESNER II (2015) la gran mayoría de los centros de trabajo en España (89,1%) realizan habitualmente evaluaciones de riesgos. Sin embargo, según la ENCT VII (2011), solo el 36,6% de los/as trabajadores/as señalaban que, durante el último año, se había realizado una evaluación o un estudio de los riesgos para su salud o seguridad en su puesto de trabajo. Este dato presenta una mejora con respecto a la VI ENCT (2007) donde solo el 25,5% señaló que, durante el último año, se había realizado una evaluación o un estudio de riesgos; mientras que un 12,3% desconocía si se había realizado dicha evaluación o estudio.

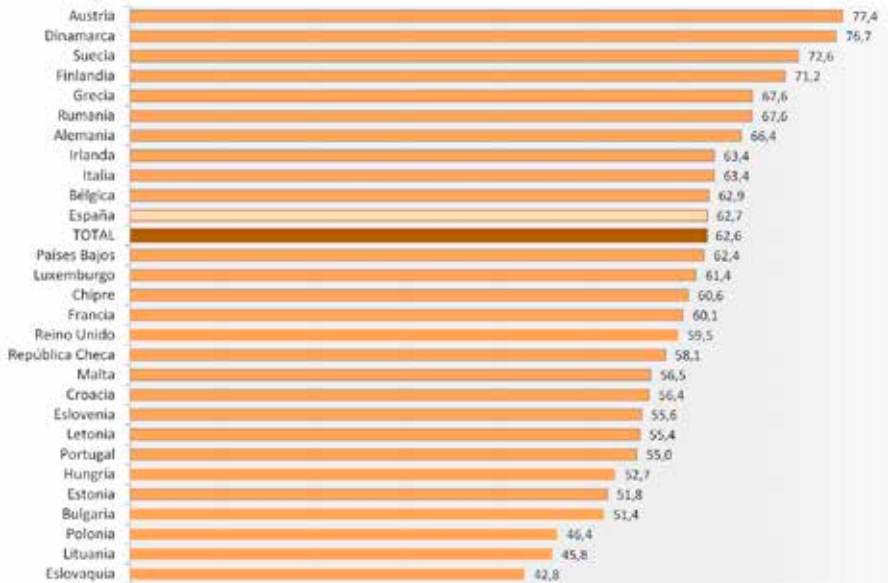
Los riesgos más frecuentemente incluidos en las evaluaciones en España, según la ESNER II, son los relativos a sustancias químicas o biológicas peligrosas (92,3%). A continuación aparecen las posturas de trabajo, exigencia física del trabajo y movimientos repetitivos (91,6%); y la seguridad de

máquinas, equipos e instalaciones (87,1%). Por otro lado, España supera el promedio europeo en la inclusión de todo tipo de riesgos, excepto en lo que se refiere a los aspectos organizativos tales como horarios, pausas o turnos de trabajo. En la VII ENCT (2011) se observó que los estudios que habían aumentado, con respecto a 2007, eran los relativos a: los aspectos organizativos y psicosociales, con un aumento de 15 puntos porcentuales. Igualmente aumentó el estudio del diseño del puesto de trabajo (10,7%). Sin embargo, la evaluación de los factores psicosociales sigue siendo más baja que la que se realiza de los otros tipos de riesgos.

Las dificultades respecto a la evaluación de los riesgos psicosociales se ponen de manifiesto también en la ESNER II, señalando que tres de cada diez centros españoles no disponen de suficiente información para incluir los riesgos psicosociales en las evaluaciones de riesgos.

Solo en la mitad de las ocasiones, tras la evaluación, se han adoptado medidas. Y, cuando se toman, las más adoptadas son (VII ENCT y ESNER II): reorganización del trabajo, asesoramiento confidencial para trabajadores/as, modificación de instalaciones, maquinaria, equipos o materiales, y actividades formativas e informativas. Según la ESNER II el sector que más aplica medidas para prevenir riesgos psicosociales es Sanidad, educación y servicios sociales. En seis de cada diez centros que han aplicado alguna medida para prevenir los riesgos psicosociales los/as trabajadores/as habían participado en el diseño y la adopción de dichas medidas (ver Gráfica 3), sin que se hayan encontrado diferencias significativas ni por tamaño de plantilla ni por actividad económica. De hecho, en España aún queda margen para mejorar la participación de los/as trabajadores/as en las actividades preventivas.

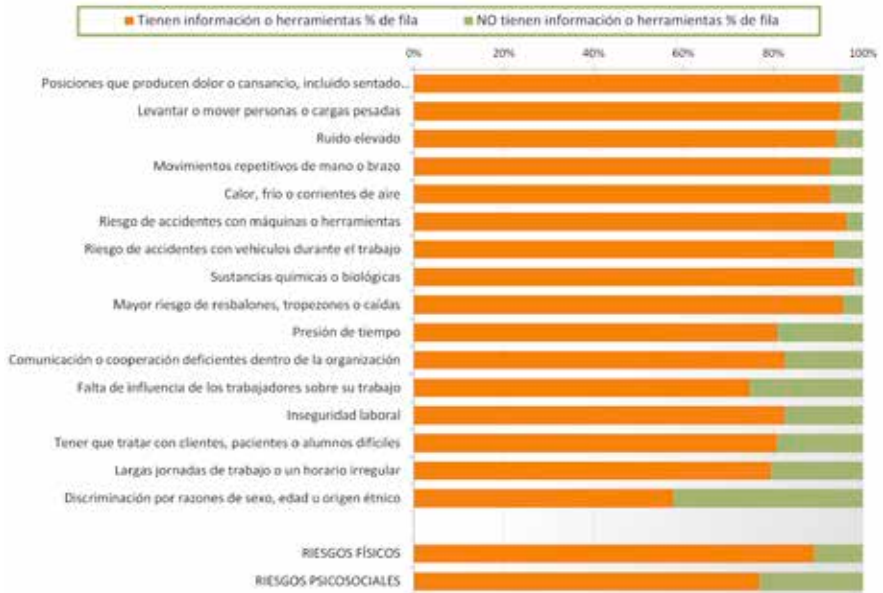
Gráfica 3. Participación de trabajadores/as en el diseño y adopción de medidas para prevenir los riesgos psicosociales en la UE-28. Fuente: INSHT, 2015.



Otro aspecto importante a la hora de hablar de prevención de riesgos laborales es la formación e información en los centros de trabajo. En este aspecto, según la VII ENCT, el 57,2% de los/as trabajadores/as indicó que había recibido formación o información. La comparación de estos datos con los obtenidos en 2007 muestra un incremento de esta actividad. Siguiendo con la información sobre riesgos laborales, en 2011 el 12,6% manifestó que le faltaba información o que no está informado; este dato es significativamente menor que el obtenido en 2007 (16,9%).

Como se observa en la Gráfica 4, la carencia de herramientas suficientes para abordar los riesgos se sitúa principalmente en los problemas psicosociales. En efecto, mientras que el 11% de los centros señala que tiene dificultades para afrontar los riesgos físicos, el porcentaje se duplica para los riesgos psicosociales (23%). Dentro de este segundo grupo, las dificultades más frecuentes surgen ante la discriminación por sexo, edad u origen étnico (42%), la falta de influencia del/de la trabajador/a sobre su trabajo (25%), y las largas jornadas de trabajo u horario irregular (21%).

Gráfica 4. Herramientas e información para abordar los riesgos. Fuente: INSHT, 2015.



Otra herramienta muy utilizada para la prevención son los procedimientos o planes de acción. Al respecto la ESNER II nos informa que un tercio de los centros de trabajo españoles -con veinte o más trabajadores/as- posee un procedimiento o plan de acción para prevenir el estrés laboral. Con mayor frecuencia, cuatro de cada diez señalan que disponen de un procedimiento para afrontar casos de acoso u hostigamiento. Finalmente, entre los centros de trabajo cuyos/as trabajadores/as tienen que tratar con clientes, pacientes, alumnado, etc., más de cuatro de cada diez disponen de un procedimiento para afrontar casos de amenazas, insultos o agresiones procedentes de dichas personas externas al centro.

En relación con la opinión de los/as técnicos/as de prevención (1ª EETPL -Sánchez-Herrera, 2017-), a la pregunta “¿Qué elementos o factores crees pueden mejorarse en el proceso de implantación de un Sistema de Gestión de PRL?” el 77,7% opina que la presencia en el centro de trabajo es fundamental, con actuaciones presumiblemente cortas pero de alta efectividad. Otra mejora sería disponer de mayor libertad entre los/as técnicos/as y los intereses económicos que los relacionan, ya que este colectivo se encuentra, mayormente, sujeto a un contrato entre el Servicio de Prevención Ajeno y la empresa que asesora o a los intereses del departamento asociado, normalmente recursos humanos.

El 86% de los/as participantes reclama una mejor concreción documental del sistema preventivo y la necesidad de evitar su burocratización, que distorsiona la efectividad de la acción preventiva. Casi en los mismos porcentajes convienen en que debe trabajarse sobre la capacitación de trabajadores/as, mandos intermedios y gerentes, siendo este un instrumento fundamental; se reconoce así la necesidad de una mejora competencial para facilitar la implantación de las actividades preventivas..

Destacan el error histórico de no haber sido capaces de medir y poner en valor el aporte de la prevención de riesgos laborales como valor estratégico en el desarrollo de las organizaciones. En este sentido un 68,9 % indica que la consecución de los objetivos está directamente relacionada con la implicación de la empresa en la actividad preventiva.

Un 56,7% cree que sí se consiguen cosas. Aunque deberían haber cambios. Entre otros, señalan:

- Formación (67,7%).
- Integración preventiva (solo un 5,3% considera que es adecuada).
- Colaboración interna (un 60% considera que ha de aumentar).
- Conocimientos existentes para integrar la prevención.
- Comunicación con los/as trabajadores/as (76,5%).
- Participación, que ha de ser más real (71.3%).
- Información (79,1%).
- Intervención de los/as trabajadores/as en las medidas preventivas a adoptar (80%).
- Reducción de la burocratización del Sistema de Gestión de la prevención.
- Involucración del/de la empresario/a.
- Implicación de los/as trabajadores/as.
- Relación entre la prevención y los intereses económicos de la empresa.

Respecto al futuro inmediato de la prevención, un 80% opina que en unos años la prevención se centrará en la ergonomía y la psicología; y que las principales líneas de trabajo serán: empresas saludables, gestión del envejecimiento, seguridad vial, y desarrollo de estrategias empresariales.

Como conclusión general, las diferentes encuestas consultadas indican que cada vez se trabaja más para poner herramientas preventivas dentro de las empresas españolas. Sin embargo, estas mejoras no se trasladan a resultados; esto es, ni se reducen los daños para la salud, ni la exposición a los

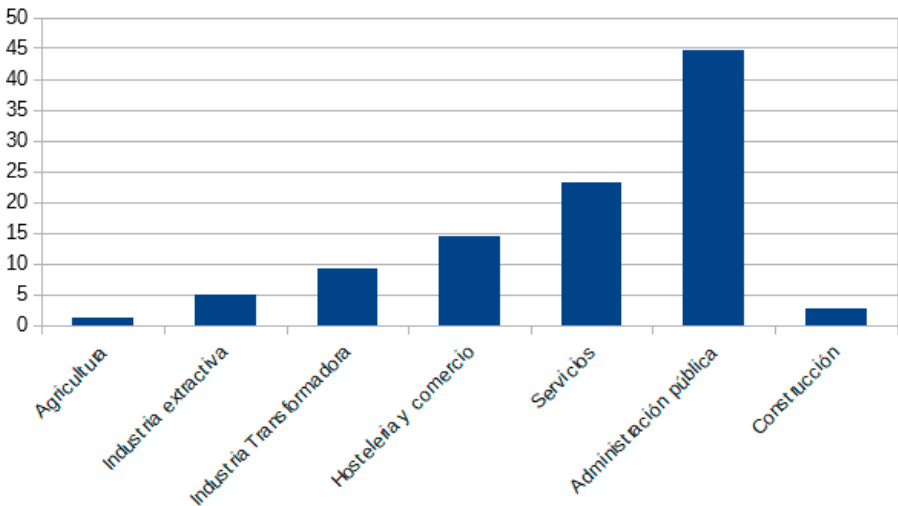
factores psicosociales de riesgo. La actividad preventiva en materia psicosocial, tal y como se está implementado en las empresas, no parece estar mejorando las condiciones laborales.

2.2. ESTUDIO 2: ENCUESTA SOBRE EL POTENCIAL DE SALUD PSICOSOCIAL DE LAS EMPRESAS

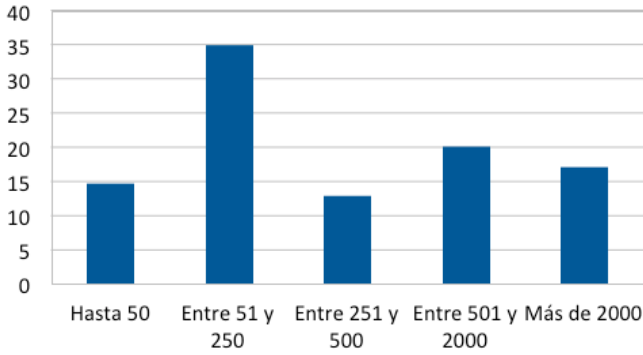
La segunda investigación realizada es un estudio de campo, en el que se ha encuestado a una muestra de 191 empresas repartidas por el territorio español.

Las empresas representan a los principales sectores productivos: Administración Pública (44,6%), Servicios (23,1%), Hostelería y Comercio (14,5%), Industria transformadora (9,1%), Industria extractiva (4,8%), Construcción (2,7%), y Agricultura (1,1%) (ver Gráfica 5).

Gráfica 5. Distribución de la muestra según su sector de actividad



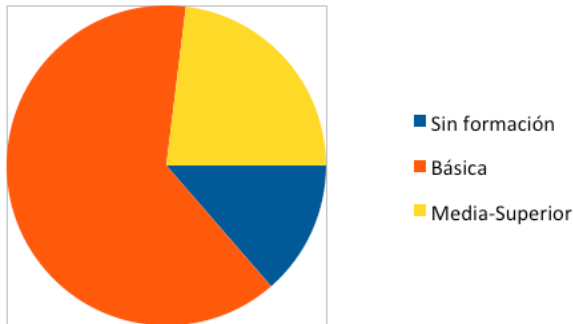
Gráfica 6. Distribución de la muestra según el tamaño de la empresa



Por tamaño, predominan las pequeñas empresas de entre 51 y 250 trabajadores/as (34,9%), seguidas de las grandes empresa de entre 501 y 2000 trabajadores/as (20,1%), de las de más de 2000 (17,2%); las empresas medianas de entre 251 y 500 trabajadores/as suponen un 13% de la muestra; mientras las empresas de menos de 50 trabajadores son el 14,8 % (ver Gráfica 6).

Por su parte, el 63,4% de las personas que han cumplimentado la encuesta tienen una formación de nivel básico en prevención de riesgos laborales; un 23% tienen una formación media o superior; y un 13,6% carece de formación en prevención (ver Gráfica 7).

Gráfica 7. Distribución de la muestra según su nivel de formación en prevención



a. ¿Qué visión guía la salud y la seguridad psicosocial en las empresas?

Tomando como referencia los planteamientos de Laloux (2016), sobre conciencia organizativa, se plantea que la “mentalidad” de las empresas sobre la salud y la seguridad psicosocial puede ser de 5 tipos:

- De **coste**: los problemas en la salud y la seguridad son riesgos inherentes al trabajo, riesgos que se han de asumir como costes inevitables.
- De **norma**: la salud y la seguridad son normas que tenemos la obligación de cumplir y hacer cumplir, porque es lo que marca la ley.
- De **estrategia**: la salud y la seguridad forman parte de nuestros objetivos si nos permiten alcanzar unos resultados que conduzcan al éxito.
- De **cultura**: la salud y la seguridad forman parte de nuestra identidad como empresa, es algo compartido por los/as miembros de la organización.
- De **desarrollo pleno**: la salud y la seguridad son un propósito evolutivo, tanto de las personas como de las organizaciones.

En las tres primeras visiones la salud y la seguridad es un medio. Sólo en las dos últimas es un fin en sí mismo.

El paradigma más representativo de las empresas es el normativo (ver Gráfica 8). Desde esta visión se entiende que una empresa saludable es aquella que es estable, cumple las normas y evita los conflictos. Aquí, la prevención psicosocial es un obligación moral que se ha de cumplir; y promocionar la salud consiste en articular normas para hacer mejor el trabajo. Bajo este paradigma, el trabajo de la dirección en materia psicosocial es dar las instrucciones adecuadas; y lo que debe hacer un/a trabajador/a para ser saludable es cumplir con las normas establecidas.

El segundo paradigma más extendido es el cultural. Desde esta visión una empresa saludable es aquella que empodera y facilita la cooperación. Aquí, la prevención de los riesgos psicosociales es una responsabilidad social que nos compete a todos/as. Promover la salud psicosocial forma parte de la misión de la empresa. El papel de la dirección, desde esta visión, consiste en involucrar a todos/as; y un/a trabajador/a, para ser saludable, ha de generar bienestar al resto.

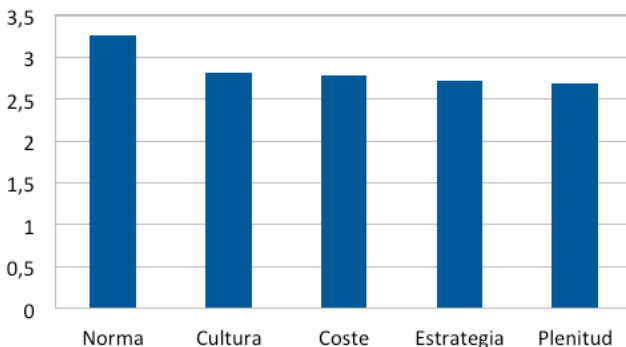
La tercera “mentalidad” más extendida es la que entiende la salud y la seguridad psicosocial como un coste. Aquí se considera que una empresa saludable es aquella que se muestra agresiva, que lucha y se esfuerza continuamente. Las empresas en las que predomina esta visión entienden la prevención como una pérdida de

tiempo y recursos; y la promoción de la salud solo la ven en su dimensión física. Aquí la dirección se apoya en su autoridad, para ordenar y controlar lo que se considera que se ha de hacer en materia de seguridad y salud laboral. Para este tipo de empresas el/la trabajador/a saludable es aquel/la que menos bajas sufre.

En cuarto lugar se encuentra la visión estratégica de la salud y la seguridad psicosocial. Para las empresas donde domina este paradigma una empresa saludable se caracteriza por ser exitosa en términos, básicamente, económicos. La actividad preventiva psicosocial se basa en el análisis de coste-beneficios. La promoción de la salud es una ventaja competitiva, que se aplica si genera oportunidades de negocio. La función de la dirección, en el ámbito psicosocial, es motivar para que se alcancen las soluciones más eficaces. Aquí un/a trabajador/a es saludable si aporta ideas para mejorar el trabajo.

Finalmente, el paradigma menos representativo es el de plenitud. Aquí, ser una empresa saludable implica aportar significado a la vida de sus miembros. La prevención psicosocial es una función integrada en el conjunto de la organización. Promocionar la salud se entiende como un propósito evolutivo. Es por ello que la función de la dirección es crear oportunidades de crecimiento autogestionado. Y el/la trabajador/a saludable es el/la que se autorrealiza trabajando.

Gráfica 8. Visiones de la salud y la seguridad psicosocial en las empresas



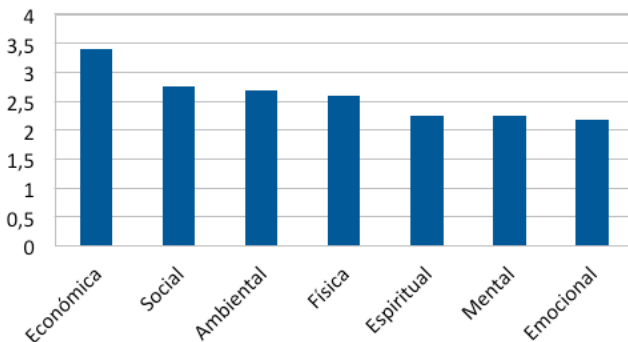
En contraste, para los/as trabajadores/as encuestados/as una empresa saludable es, en primer lugar, aquella que empodera y facilita la cooperación entre las personas (visión cultural); y, en segundo lugar, aquella que aporta significado a nuestra vida (visión plenitud).

b. ¿Qué tipo de salud priorizan las empresas?

El modelo biopsicosocial clásico plantea 3 dimensiones de salud (biológica, psicológica y social). Ahora bien, este modelo ha evolucionado y, actualmente, podemos hablar de 7 dimensiones de salud, según cual sea su objeto de interés: económica, física, mental, emocional, social, espiritual y ambiental.

De todas ellas (ver Gráfica 9), a la que más importancia se concede en las empresas, con diferencia, es a la salud económica (alcanzar resultados y ofrecer productos/servicios de calidad). Le sigue la salud social (respetar las normas de convivencia y ser solidario con los demás), la salud ambiental (mejorar las condiciones de vida de la comunidad y no contaminar), y la salud física (visitar al médico, hacer actividad física y seguir una alimentación adecuada). En el vagón de cola, las tres menos que preocupan a las empresas son: la salud espiritual (estar en armonía y sentirse en paz con la vida), la salud mental (reducir la carga mental y tener una actitud positiva), y la salud emocional (sentirse bien y expresar las emociones adecuadas).

Gráfica 9. *Importancia concedida en las empresas a las dimensiones de salud*

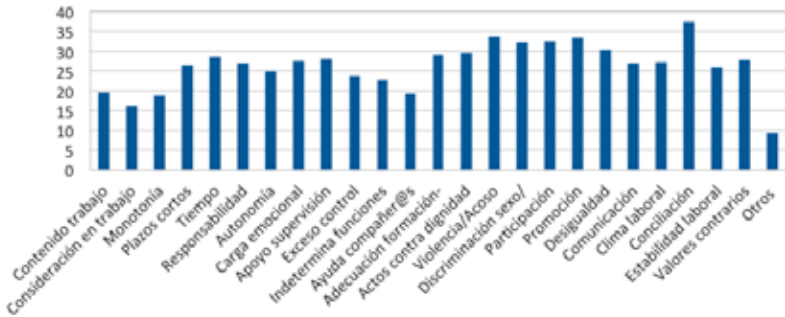


c. ¿Sobre qué factores psicosociales se actúa en las empresas?

El factor psicosocial sobre el que más se actúa es la falta de conciliación laboral (37,5%). El segundo factor es la violencia y/o acoso (33,7%). Y el tercer factor la promoción (33,5%). Otros factores sobre los que más actividad preventiva se lleva a cabo son la participación (32,4%), la discriminación por razón de sexo y/o género (32,2%), y la comunicación (30,3%) (ver Gráfica 10).

En el lado contrario, los factores psicosociales sobre los que menos actividades preventivas se llevan a cabo son la utilidad y consideración en el trabajo (16,1%), la monotonía (18,7%), la ayuda por parte de los/as compañeros/as (19,3%), y el contenido en el trabajo (19,4%).

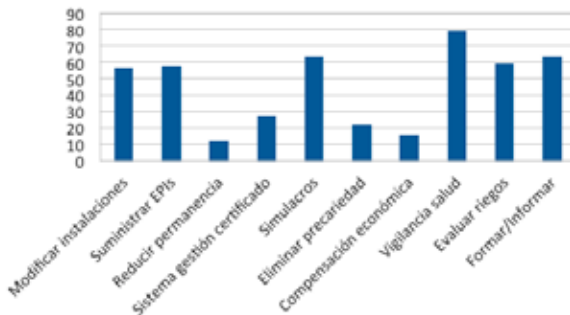
Gráfica 10. Nivel de actuación sobre los factores psicosociales



d. Ranking de actuaciones para prevenir los riesgos laborales

En general, solo un tercio de las empresas realiza actividades preventivas sobre los factores psicosociales. Las actuaciones preventivas que más ponen en práctica las empresas son la vigilancia de la salud (79,1%), la formación e información (63,6%) y la realización de simulacros (63,4%). En el lado contrario, las menos utilizadas son la reducción de permanencia en el puesto (12,3%), la compensación económica (15,6%), y eliminar la precariedad y temporalidad (21,9%). Destacar que la evaluación de riesgos se realiza en un 59,4% de las empresas encuestadas (ver Gráfica 11).

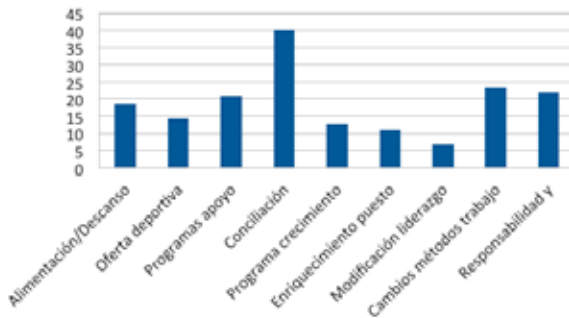
Gráfica 11. Actuaciones para prevenir los riesgos laborales



e. Ranking de actuaciones para promover la salud laboral

La principal actuación para promover la salud es la conciliación de la vida familiar y laboral (40,3%). La segunda medida más implementada es el cambio en los métodos de trabajo (23,3%). Y la tercera es la responsabilidad social y la sostenibilidad (21,9%). Las medidas menos implementadas son el cambio en el estilo de liderazgo (6,6%), el enriquecimiento y alargamiento del puesto de trabajo (10,9%), y la puesta en marcha de programas de crecimiento personal (12,6%) (ver Gráfica 12).

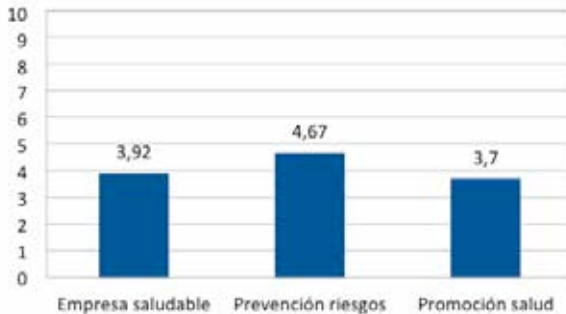
Gráfica 12. Actuaciones para promocionar la salud laboral



f. Valoración global de la empresa en salud y seguridad laboral

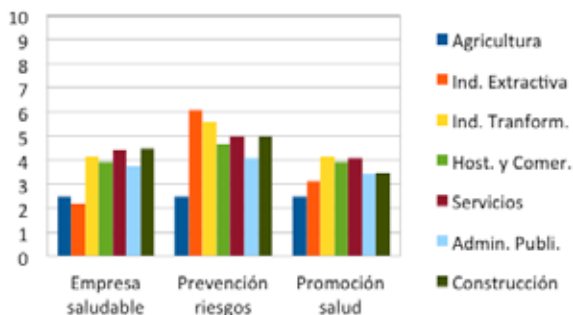
En la valoración global, las empresas suspenden como empresas saludables, con una puntuación media de 3,92 (sobre 10). También suspende su actividad preventiva (4,67); y, especialmente, suspende su capacidad para promocionar el bienestar y la salud de los/as trabajadores/as (3,7).

Gráfica 13. Valoración del nivel global de salud de la empresa, y de sus actividades preventivas y de promoción de la salud



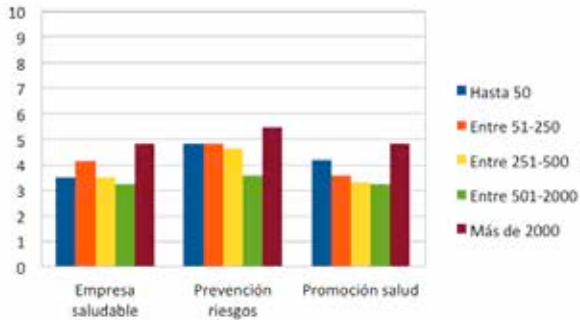
En el análisis por sectores se observa que en todos ellos las empresas suspenden como empresas saludables (ver Gráfica 13). Las empresas más saludables se encontrarían en la construcción (4,5 de nota media), y las menos saludables en la industria extractiva (2,2). La actividad preventiva sí aprueba en los sectores de Industrias extractivas (6,1), Industrias transformadoras (5,6), Servicios (5) y Construcción (5); y suspende en Agricultura (2,5), Administración Pública (4,08) y Hostelería y Comercio (4,7). Por su parte, en ningún sector aprueba la promoción de la salud y el bienestar; la mejor puntuación la obtienen las Industrias Transformadoras (4,13), y la peor la Agricultura (2,5) y las Industrias extractivas (3,13) (ver Gráfica 14).

Gráfica 14. Valoración del nivel global de salud de la empresa, y de sus actividades preventivas y de promoción de la salud, por sector de actividad



Cuando se analizan las diferencias en función del tamaño de la empresa, se observa que, si bien las diferencias no son grandes, las empresas que peor valoración tienen son las grandes empresas de entre 501 y 2000 trabajadores/as, y las que mejor puntuación obtienen son las que superan los/as 2000 trabajadores/as (ver Gráfica 15). Ahora bien, en todos los casos las empresas suspenden como empresas saludables; la mayor puntuación la obtienen las empresas de más de 2000 trabajadoras/es (4,83) y la peor las de entre 501 y 2000 (3,23). En la prevención de la salud, solo aprueban las empresas de más de 2000 trabajadoras/es (5,45). Y en promoción del bienestar y la salud, las mejores puntuaciones las obtienen las empresas más grandes (más de 2000, media 4,83) y las más pequeñas (hasta 50, media 4,2).

Gráfica 15. Valoración del nivel global de salud de la empresa, y de sus actividades preventivas y de promoción de la salud, por tamaño de la empresa



g. La importancia del tamaño y el sector en la salud y seguridad psicosocial

Al analizar la influencia del tamaño de la empresa y del sector de actividad se observa que la variable sector tiene mayor peso diferencial que la variable tamaño.

Así, son pocas las diferencias que existen entre las empresas pequeñas, medianas y grandes a la hora de actuar sobre los factores psicosociales. Los datos indican que las empresas que menos actúan son las medianas (entre 251 y 500 trabajadores/as). Que las grandes actúan significativamente más sobre los factores del puesto (plazos y autonomía), y las pequeñas sobre los factores sociales (ayuda y comunicación).

Por su parte, en la Administración Pública es donde más se actúa sobre los riesgos psicosociales, mientras que en Servicios es donde menos. Las principales diferencias significativas se dan en los factores del puesto (contenido, utilidad, monotonía, plazos, tiempo, responsabilidad y autonomía) y en aspectos de justicia y equidad (promoción, desigualdad, comunicación, y valores de seguridad).

A la hora de establecer medidas preventivas, las empresas grandes y las pequeñas son significativamente más proclives que las medianas a suministrar EPIs, y a reducir los periodos de exposición. Mientras que las grandes y medianas suelen utilizar más los pluses de compensación que las pequeñas. Por sectores, se observan diferencias significativas entre la Administración Pública y las empresas industriales y de construcción, por un lado, y las empresas de Servicios, y Hostelería y Comercio, por otro. El primer grupo suministra significativamente más EPIs, usa más la compensación económica, evalúa más los riesgos, y forma e informa más.

Por lo que se refiere a la promoción de la salud, el tamaño solo incide en la puesta en marcha de programas de apoyo al empleado, práctica que se usa significativamente más en empresas grandes, que en medianas y pequeñas. Por sectores, la Administración Pública y las empresas industriales y de construcción utilizan más los programas de alimentación y descanso, la oferta de actividades deportivas, y los cambios cambios en los métodos de trabajo, que los sectores de Servicios, y Hostelería y Comercio. Mientras que la Administración Pública y las empresas de servicios utilizan más los programas de apoyo al empleado y la conciliación, que los sectores industrial, de construcción y de Hostelería y Comercio.

Para finalizar este estudio, indicar que no hay diferencias a la hora de priorizar un tipo de salud sobre otro, en función del tamaño. Sin embargo, por sectores sí que se dan diferencias significativas. Así, la salud económica y la ambiental tienen mayor relevancia en los sectores industrial, de construcción y de servicios. Y la salud social la tiene en el sector de servicios.

2.3. ESTUDIO 3: ENTREVISTAS A AGENTES CLAVE

En el tercer estudio se han realizado 16 entrevistas a agentes clave. Estas personas poseen una amplia experiencia y conocimientos en la actividad preventiva de amplios sectores productivos, distribuidos por todo el país. El 25% tiene una formación básica en prevención de riesgos laborales; otro 25% tiene una formación media; mientras el restante 50% tiene una formación superior.

Las entrevistas se realizaron en formato on-line, y tenían 2 apartados:

- Preguntas de respuesta cerrada, que han sido analizadas estadísticamente.
- Preguntas abiertas, que han sido analizadas cualitativamente.

A continuación se describen los principales resultados obtenidos.

a. ¿Qué visión guía la salud y la seguridad psicosocial en las empresas?

La “mentalidad” (conciencia organizativa) que predomina en las empresas a la hora de trabajar la salud y la seguridad psicosocial es la Norma. Para este tipo de empresas actuar en este campo es una obligación determinada por el marco normativo, y la acción consiste en crear normas para hacer mejor el trabajo (ver Gráfica 16).

La siguiente visión más extendida es la de la salud y la seguridad psicosocial como un Coste. En estas empresas prevenir es una pérdida de tiempo y de recursos, y la acción se centra en asegurar un nivel de salud física adecuado.

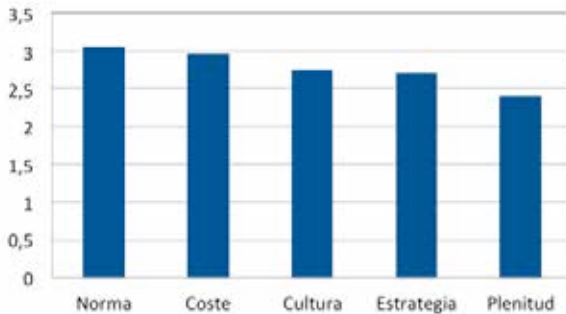
La tercera “mentalidad” más extendida entre las empresas es la de Cultura. Las empresas en las que predomina esta visión entienden la salud y seguridad psicosocial como una responsabilidad social compartida, donde la promoción de la salud forma parte de la misión empresarial.

La cuarta visión es la que entiende este ámbito como parte de la Estrategia de la organización. En este tipo de empresas las prácticas en materia preventiva y de promoción de la salud se ponen en marcha tras analizar los costes-beneficios y establecer si son o no una ventaja competitiva para el negocio. Si lo son, se invierte; si no lo son, no se invierte.

La visión menos extendida es la de Plenitud; es decir, aquella que entiende a la seguridad y la salud como una parte integrada en el conjunto de la empresa.

Este resultado es bastante similar al obtenido a través de las encuestas. Solo varía el orden de las “mentalidades” 2 y 3, que se cambian. El resto son iguales en los 2 estudios.

Gráfica 16. Visiones de la salud y la seguridad psicosocial en las empresas, según agentes clave

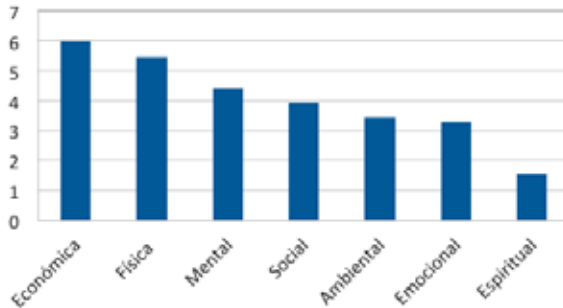


b. ¿Qué tipo de salud priorizan las empresas?

La respuesta dada a esta cuestión por las/os agentes clave presenta diferencias sustanciales a la obtenida en las encuestas de campo. En este caso, al igual que allí, se destaca que la principal salud para las empresas es la económica. Ahora bien, la

segunda a la que se concede más importancia es a la física; seguida de la mental, la social, y la ambiental; quedando, en los últimos lugares, la salud emocional y la espiritual (ver Gráfica 17).

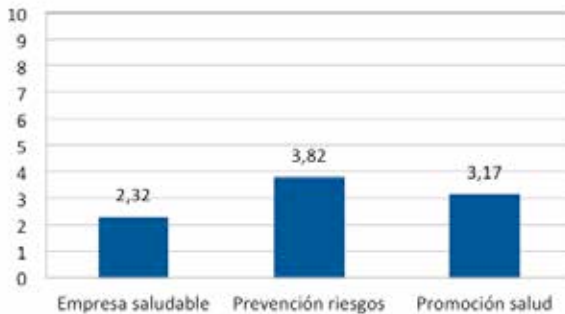
Gráfica 17. *Importancia concedida en las empresas a las dimensiones de salud, según agentes clave*



c. Valoración global de la empresa en salud y seguridad laboral

La valoración global que realiza el colectivo de agentes clave sobre el nivel de salud de las empresas, y sobre su actividad preventiva y de promoción de la salud y el bienestar es peor que la efectuada por el colectivo de trabajadores/as.

Gráfica 18. *Valoración del nivel global de salud de las empresas, y de sus actividades preventivas y de promoción de la salud, según agentes clave*



En este caso, suspenden a las empresas de los sectores en los que operan. Les dan:

- Una puntuación media de 2,32 (sobre 10) como empresas saludables.
- Una puntuación media de 3,82 (sobre 10) a su actividad preventiva.
- Una puntuación media de 3,17 (sobre 10) a su actividad para promocionar la salud y el bienestar (ver Gráfica 18).

d. ¿Cuáles son los principales riesgos psicosociales en las empresas españolas?

El principal riesgo percibido es el estrés laboral. Tras él destaca también la fatiga. Y tras esta la violencia y el acoso laboral. También se menciona como una dinámica de riesgo significativa la de insatisfacción-frustración-ansiedad.

Entre los factores de riesgo:

- En primer lugar, destacan los relacionados con el **trabajo que se realiza**: tareas mal organizadas y con pobre contenido, ritmos altos y presión temporal, y rol a desempeñar mal definido (conflicto y ambigüedad).
- En segundo lugar, destacan los relacionados con la **seguridad contractual**: alta incertidumbre de futuro laboral, escasa remuneración, y trabajo temporal.
- El tercer grupo hace referencia a la falta de **recursos desde la dirección**: escasa participación, deficiente supervisión, falta de interés por el trabajador, relaciones conflictivas, falta de herramientas para el desarrollo del trabajo, y falta de participación.

El primer grupo de factores generan el caldo de cultivo para que se den los riesgos psicosociales; son los **factores activos** (los precursores). El segundo grupo agrava la exposición a esos factores primarios; son los **factores agravantes**, potenciadores de los efectos negativos de los primeros. Y el tercer grupo son los **factores coadyuvantes**: son factores “recurso”. Su presencia o ausencia convierte la exposición en un daño para la salud o limita su impacto.

e. ¿Qué hacen las empresas para prevenir los riesgos psicosociales?

Las principales acciones preventivas que se indican son:

- Evaluación de los riesgos psicosociales.
- Formación.
- Información.

- Protocolo de actuación ante las situaciones de violencia y acoso.
- Gabinetes de asesoría.
- Cuestionarios de clima laboral.

Sorprende la escasa variedad de propuestas para prevenir este tipo de riesgos. Y, además, estas acciones se caracterizan –en su práctica totalidad- por ser indirectas. Esto es, se centran en generar conocimiento, comprensión, descripción sobre los riesgos psicosociales más que en actuar sobre los factores que los generan. En este sentido, no se comentan medidas de prevención directas.

f. ¿Qué motiva o detiene a las empresas a la hora de prevenir los riesgos psicosociales?

Las personas entrevistadas no contemplan que la prevención psicosocial pueda nacer por voluntad propia de las empresas. Entienden que esta prevención la activan 3 agentes, principalmente:

- Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS).
- Representación de los/as trabajadores/as.
- Legislación.

También consideran que la mayor parte de los motivos que mueven a las empresas sean de evitación y huida ante:

- Denuncias o conflictos.
- Requerimiento de la ITSS.
- Por presión de la representación legal de los/as trabajadores/as y/o desde los Comités de Seguridad y Salud (CSS).

Unos pocos de los motivos percibidos son por obligación:

- Cumplir la legislación establecida.
- Cumplir con las auditorías.

Y otros pocos son por razones económicas:

- Porque el gasto compensa los beneficios que se obtienen (p.ej., menos bajas).
- Para reducir el absentismo.
- Para mejorar la imagen de la organización.

Entre los aspectos que detienen la actuación preventiva psicosocial se señala también el económico, pues hay empresas que no la consideran una inversión rentable.

Más allá de este aspecto, se incide en que uno de los problemas está en el concepto que se tiene de los riesgos psicosociales: no son una prioridad, son poco importantes para las empresas. Esto se debe al desconocimiento y la falta de concienciación sobre los mismos.

A esto hay que sumar la falta de una auténtica cultura empresarial de prevención y a una organización en la gestión preventiva. Existe una dejadez que acaba produciendo inacción, dejando que “el tiempo” solucione estos riesgos. Además, falta personal especializado con conocimientos en este ámbito; desde recursos humanos tampoco existe voluntad de acción; y resulta difícil que los mandos intermedios puedan asumir la responsabilidad frente a estos factores de riesgo.

g. ¿Cómo mejorar la prevención psicosocial?

El principal avance que se ha dado en la prevención psicosocial en las empresas ha sido el inicio de su evaluación, si bien a éstas no les ha seguido la oportuna implementación de las medidas preventivas. También han empezado a proliferar los protocolos de acoso, en muchos casos dentro de los planes de igualdad. Y el estrés laboral tiene mayor reconocimiento como riesgo laboral. Además han aumentado las actuaciones de la ITSS en este campo, dándole mayor visibilidad. Y, en algunos casos, se han implementado acciones más concretas como incorporar medidas de conciliación, aumentar la formación, o mejorar el clima laboral. Aunque también es cierto que han aumentado las bajas laborales por temas psicosociales; y aún falta el reconocimiento de estos riesgos como enfermedades profesionales, no siendo reconocidas como accidentes laborales.

Como mejoras en este ámbito se han propuesto medidas genéricas, orientadas a:

- Crear cultura preventiva, a través de acciones de divulgación y difusión.
- Formar (obligatoriamente) en materia de riesgos psicosociales.
- Priorizar la evaluación de los riesgos psicosociales.
- Dar más información.
- Fomentar un mejor ambiente de trabajo.

Junto a esas medidas también se indica la necesidad de implementar acciones más concretas y operativas:

- Poner en marcha las correspondientes medidas preventivas y realizar el seguimiento de las mismas hasta que se minimicen o desaparezcan los factores de riesgo.
- Realizar el seguimiento de las planificaciones preventivas en materia psicosocial.
- Elaborar y activar protocolos de acoso/violencia laboral.
- Realizar catálogos de funciones.
- Reducir la interinidad.
- Crear protocolos médicos de riesgos psicosociales.
- Crear indicadores epidemiológicos de salud.
- Incorporar la valoración psicosocial en el reconocimiento médico.
- Mejora de canales de comunicación en la organización.

También se sugiere que aumenten las actuaciones por parte de la ITSS. O que, simplemente, la empresa cumpla con lo que dice.

h. ¿Qué hacen las empresas para promover la salud psicosocial?

Los/as agentes clave entrevistados/as consideran que, en la mayor parte de casos, apenas hay medidas para promover la salud psicosocial. Las pocas que se dan son muy similares a las que se usan para prevenir:

- Evaluación de los riesgos psicosociales.
- Planes de formación.
- Campañas de información.
- Protocolo de actuación ante las situaciones de violencia y acoso.
- Acuerdos de acoso laboral en el marco de los planes de igualdad.
- Gabinetes de asesoría.
- Cuestionarios de clima laboral.
- Reconocimientos médicos.
-

i. ¿Qué motiva o detiene a las empresas a la hora de promover la salud psicosocial?

A la hora de plantear qué lleva a las empresas a promover la salud psicosocial, la mayor parte de las personas entrevistadas reiteran que no se promueve. Entre los escasos motivos esgrimidos para promover la salud psicosocial vuelve a destacarse:

- La acción reactiva (evitar sanciones, evitar conflictos, presión desde la representación de los/as trabajadores/as, requerimiento de la ITSS).
- El cumplimiento legal.
- Y las cuestiones pecuniarias (reducir absentismo, imagen de la organización).

Las razones que detienen a las empresas para promover la salud psicosocial son también similares a las que las detienen para prevenir:

- Económicas.
- De conocimiento.
- De concienciación.
- De cultura preventiva.
- De falta de voluntad.
- De falta de normativa.

j. ¿Cómo mejorar la promoción de la salud psicosocial?

Entre las propuestas para mejorar la promoción de la salud psicosocial en las empresas, los/as agentes clave entrevistados señalan:

- Crear cultura preventiva, a través de la formación e información.
- Concienciar y mostrar la relevancia de los factores psicosociales.
- Fomentar la participación de las/os trabajadoras/es y sus representantes.
- Dotar de mayor poder de actuación al CSS.
- Promover un buen ambiente laboral y el trabajo en equipo.

Junto a estas medidas, se proponen también medidas más coercitivas:

- Responsabilizar a la organización de las empresas.
- Mayor actuación de la ITSS.
- Obligar a las empresas a un gasto mínimo en promoción.
- Dotar de control sobre estos factores a personal externo a la empresa.

Hay quien señala que lo que se ha de hacer es, sencillamente, “abordar el tema”.

2.4. ESTUDIO 4: GRUPOS DE DISCUSIÓN

El cuarto, y último estudio, se ha llevado a cabo con 4 grupos de discusión, subdivididos en 15 subgrupos de trabajo, y conformados por un total de 65 personas. Todas ellas están vinculadas a la salud y la seguridad en las empresas, bien como técnicos/as, bien como delegados/as, o como responsables. La duración de las sesiones fue de 2 horas. Los grupos se conformaron en función del sector de actividad al que pertenecían los/as participantes, que provenían de todas las regiones de España.

Antes del inicio de los grupos de discusión, en gran grupo se explicó a todos/as el objetivo de la sesión y la dinámica de trabajo en la misma. Las cuestiones tratadas se agruparon en tres grandes apartados:

- a. Construcción de organizaciones saludables (¿Qué entienden por organización saludable? ¿Cómo puede una empresa llegar a ser saludable? ¿Quién debe encargarse?)
- b. Prevención de riesgos psicosociales (¿Cómo se trabaja en las empresas? ¿Qué medidas se aplican? ¿Quién se encarga? ¿Por qué se previenen los riesgos psicosociales?)
- c. Promoción de la salud psicosocial (¿Cómo se trabaja en las empresas? ¿Qué medidas se aplican? ¿Quién se encarga? ¿Por qué se promueve la salud psicosocial?)

El análisis de la información se ha efectuado siguiendo los planteamientos de la Teoría Fundamentada (Glaser y Strauss, 1967). Los pasos seguidos en el análisis, de acuerdo con la teoría, han sido: codificación abierta de la información; codificación axial de esos datos; codificación selectiva, a través de la integración de conceptos; y matriz condicionada.

Así pues, siguiendo con los planteamientos de la Teoría Fundamentada, se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Elección de informantes clave con experiencia y vinculación con la salud y la seguridad en el trabajo.
- Elaboración de los contenidos básicos a tratar en los grupos de discusión.
- Realización de los grupos de discusión.
- Registro de la información obtenida.
- Análisis cualitativo de dicha información.
- Interpretación de los datos.

Pasamos, a continuación, a exponer los principales resultados alcanzados en cada uno de los apartados.

a. Construcción de organizaciones saludables

Quando se habla de organización saludable se parte de una idea de mínimos: el marco de referencia es la prevención y la base está determinada por el cumplimiento de la legislación en materia de seguridad y salud. En este sentido una organización es saludable cuando “va más allá del cumplimiento legal de la prevención de riesgos laborales”.

En ese “ir más allá” se observan 3 posturas:

- Aquellos/as que niegan esa posibilidad, pues consideran que las organizaciones saludables son algo idílico (“muy alejado de la realidad”)
- Aquellos/as otros/as que articulan la construcción de organizaciones saludables con la ley en la mano y desde el ámbito preventivo
- Aquellos/as otros/as que amplían esa visión, e introducen otras perspectivas de salud (medioambiental, vital, cultural, ...) y otras vías (procesos de trabajo, cultura preventiva, política de la empresa, gestión de la diversidad, clima laboral, calidad, etc.)

Además, cuando se piensa en salud, en el imaginario colectivo está el concepto establecido por el modelo biopsicosocial, y apenas se consideran otras dimensiones de salud (como la emocional, medioambiental, económica o vital).

De las tres posturas enunciadas, predomina la intermedia; más pragmática, operativa y marcada por la experiencia profesional. Por un lado, las promesas incumplidas en el día a día restan credibilidad a la idea de organización saludable. Por otro, no se percibe que exista una voluntad real de cambio; se entiende que las prácticas que se aplican responden más a un interés productivo y de imagen, que a un genuino interés por la salud y la seguridad en la empresa.

A la hora de plantear qué ha de hacer una empresa para ser saludable la línea de salida está clara: cumplir lo que marca la ley e ir más allá de ella. ¿Cómo? En este sentido, más que medidas concretas, lo que se propone es un procedimiento general de actuación:

- Realizar una prevención de los riesgos laborales eficaz
- Fomentar y concienciar en materia de riesgos laborales
- Partir de un diagnóstico de la situación actual de la empresa
- Centrarse en las necesidades sentidas por los/as trabajadores/as más que en aplicar soluciones “creativas” pero alejadas del día a día
- Fomentar una auténtica cultura de la prevención
- Existencia de un compromiso real por parte de la empresa
- Promover la participación, formación e información
- Trabajar con transparencia
- Dotar de los recursos necesarios para hacerlo
- Implantación de medidas concretas (conciliación, igualdad, clima de trabajo, dieta saludable, acondicionamiento físico, etc.)
- Evaluación y seguimiento de las medidas implementadas

Para construir organizaciones saludables, los/as participantes consideran que se ha de contar con la participación de todos los miembros de la organización. Destacan a las figuras vinculadas con la prevención (Técnicos/as de prevención, Comité de Seguridad y Salud -CSS-, Delegados/as de prevención, ITSS, ...). E incorporan a actores externos a la organización (instituciones públicas, asociaciones y ciudadanía). Se sugiere que la estrategia de planificación debería ser abajo-arriba, liderada por los mandos intermedios, con colaboración de los representantes de los/as trabajadores/as, y recayendo la responsabilidad final en la Dirección de la empresa.

b. Prevención de los riesgos psicosociales

La impresión general es que la prevención de los riesgos psicosociales en las empresas españolas es:

1. Escasa (gira alrededor de la evaluación).
2. Reactiva (se actúa para corregir, no para prevenir).
3. Obligada (no se actúa por voluntad propia, sino por presión externa).
4. Externalizada (se intenta trasladar la responsabilidad al/a trabajador/a, y hay una evidente falta de integración de la actividad preventiva).

La principal actuación preventiva en el ámbito psicosocial es la evaluación de riesgos. Esta puede acompañarse de una explicación de cómo se ha realizado y de un informe sobre los riesgos detectados; pero en ocasiones se

realiza de forma deficiente lo que lleva a cuestionar su fiabilidad y validez; y en otros casos se intenta pasar a las evaluaciones de clima por evaluaciones de riesgos psicosociales. Junto a esto, existe la impresión de que las actuaciones cumplen más una función documental que preventiva; y que cuando se aplican son más de carácter reparador que preventivo. Las actuaciones que se mencionan son de carácter indirecto (formación, información, sensibilización, participación, comunicación, ...), y pocas buscan actuar sobre el factor psicosocial de riesgo (p. ej., protocolos contra el acoso laboral).

La puesta en marcha de actuaciones preventivas sobre los riesgos psicosociales se ve complicada por:

1. La falta de cultura preventiva, tanto de la empresa como de los/as trabajadores/as.
2. La falta de formación de los/as principales implicados/as (Técnicos/as de prevención, Trabajadores/as designados/as, Empresarios/as, Delegados/as de Prevención).
3. El desconocimiento que de este tema tiene la población trabajadora.

La situación ideal sería que toda la población trabajadora estuviera implicada en la prevención de los riesgos psicosociales, dada la naturaleza de estos. Sin embargo, la impresión más generalizada es que nadie quiere hacerse cargo de ellos. En función del tamaño que tenga la empresa se indica que:

- En las empresas grandes se responsabilizan los Servicios de Prevención y el CSS.
- En las empresas medianas toma protagonismo el/la Delegado/a de Prevención.
- En las empresas pequeñas el/la empresario/a, a requerimiento de la ITSS.

También se menciona que en ocasiones participa en Servicio Médico. Y que en otros casos las actuaciones están controladas por el Departamento de Recursos Humanos (o similar). Se lamentan que la participación de la representación de los/as trabajadores/as sea escasa, por falta de formación y sensibilización.

Las razones que se esgrimen para explicar por qué las empresas previenen los riesgos psicosociales son las siguientes (ordenadas por frecuencia de respuesta):

- Evitar sanciones (mencionada por 7 grupos trabajo)
- Cumplir la legislación (4 grupos)
- Presión de los/as representantes de los trabajadores/as (4 grupos)
- Reducir las tasas de incapacidad temporal (3 grupos)
- Reducir las tasas de absentismo (3 grupos)
- Mejorar la salud y el bienestar de los/as trabajadores/as (2 grupos)
- Aumentar la rentabilidad económica (2 grupos)
- Evitar situaciones de riesgo (1 grupo)
- Integrar la prevención en la organización (1 grupo)
- Cuidar la imagen corporativa (1 grupo)
- Responsabilidad social corporativa (1 grupo)

Como se observa, la mayor parte de motivos esgrimidos tienen que ver con evitar los refuerzos negativos (castigos). En muy pocos casos se menciona que el motivo sea la búsqueda de refuerzos positivos (premios).

c. Promoción de la salud psicosocial

La promoción de la salud psicosocial es percibida como una cuestión de imagen (interna y externa); se entiende más como un medio que como un fin en sí mismo. De hecho se considera que estas medidas se encaminan a trasladar la responsabilidad de la salud a los/as trabajadores/as. En la mayor parte de casos se desconoce si existe algún tipo de medida.

Solo alguna de las personas participantes indica que se llevan a cabo a medidas, y estas son muy variopintas y discrecionales. Se entiende que estas medidas se dan en empresas grandes y en las nuevas de corte tecnológico. Las actuaciones que se mencionan son: conciliación vida familiar, medidas del plan de igualdad, flexibilidad horaria (teletrabajo y desconexión), mejoras de normativa a través de la negociación colectiva (maternidad, lactancia, igualdad, ...), medidas correctoras derivadas de la evaluación de riesgos psicosociales, jornadas de convivencia, hábitos saludables (dieta/alimentación saludable, ejercicio, charlas, ...), descuentos en centros deportivos, descuentos en seguros sanitarios, beneficios sociales, evaluaciones del clima laboral, optimizar la organización, formación e información, y actividades colectivas para fomentar el trabajo en equipo.

Sobre quién se encarga de la promoción de la salud psicosocial la principal respuesta es, evidentemente, nadie. Ahora bien, en algunos casos se indica que los/as responsables son el Departamento de Recursos Humanos, los

Servicios de Prevención, la propia empresa, e incluso el Comité de Seguridad y Salud, y el Servicio de Vigilancia de la Salud. También se indica que, en ocasiones, los/as Delegados/as de Prevención solicitan este tipo de actuaciones.

Los motivos que explican por qué las empresas promocionan la salud psicosocial son los siguientes (ordenados por frecuencia de respuesta):

- Aumentar la rentabilidad económica (mencionada por 6 grupos trabajo).
- Cuidar la imagen corporativa (4 grupos).
- Evitar sanciones (3 grupos).
- Cumplir la legislación (3 grupos).
- Presión de los/as representantes de los trabajadores/as (2 grupos).
- Reducir las tasas de incapacidad temporal (2 grupos).
- Reducir las tasas de absentismo (2 grupos).
- Mejorar la salud y el bienestar de los/as trabajadores/as (2 grupos).
- Integrar la prevención en la organización (1 grupo).
- Responsabilidad social corporativa (1 grupo).
- Buen clima laboral (1 grupo).

Más allá de las respuestas concretas a estos tres apartados, impera una visión negativa sobre las actuaciones que las empresas realizan en materia psicosocial. Esta visión global negativa produce un efecto contagio, ensombreciendo las acciones positivas que se llevan a cabo. Esto conlleva que el foco de atención se centre más en lo que falta que en lo que hay.

Se considera que el tamaño de las empresas sí importa, y a que a menor tamaño peor es la prevención psicosocial (pues se tiende a hacer solo lo básico). En este sentido, la impresión es que son las multinacionales las que más acciones psicosociales llevan a cabo. Si bien se estima que los motivos nos son preventivos, sino:

- Evitar castigos (sanciones).
- Obtener incentivos fiscales.
- Mejorar su imagen.

La teoría implícita dominante sostiene que para que las empresas realicen acciones en el ámbito psicosocial deben sentirse presionadas. Y se estima que quien mejor puede presionar es la Administración Pública; más concretamente la ITSS, a la que se le pide más diligencia y contundencia. Sin embargo, y paradójicamente, se considera que es la Administración Pública la principal incumplidora.

Para finalizar, se indica que la doble perspectiva *prevención del riesgo-promoción de la salud* está dando lugar a una diferenciación entre los Servicios de Prevención:

- Unos se están especializando en costes, trabajando con ratios de empresas/técnico muy elevados, lo que da un servicio de mala calidad y escaso, centrado en cumplir documentalmete y de forma reactiva.
- Otros lo están haciendo en servicios, ofreciendo “paquetes premium”; esto es, ofertando programas de acciones muy vistosos (p.ej., mindfulness, risoterapia, yoga, ...) pero poco vinculados con las necesidades de la población trabajadora, y desarrollados sin su participación.

3. CONCLUSIONES Y ORIENTACIONES PARA LA ACCIÓN PREVENTIVA PSICOSOCIAL INTEGRAL

En este apartado se recogen e integran las principales conclusiones que se desprenden de los 4 estudios realizados. A continuación, y considerando las aportaciones realizadas, se proponen una serie de orientaciones para mejorar el modelo de salud y seguridad psicosocial.

3.1. AUMENTO GENERALIZADO DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO, FRUTO DEL CAMBIO DE MODELO DE GESTIÓN EMPRESARIAL

La primera gran conclusión es que los factores psicosociales de riesgo están extendiéndose por todo el tejido empresarial de España. Estos factores son una característica inherente al nuevo modelo de gestión empresarial. Este modelo es el resultado del globalismo -que prioriza el neoliberalismo económico global sobre los intereses de las comunidades-, orientado a maximizar el valor del capital humano en su versión más economicista. La visión del recurso humano como ventaja competitiva estratégica ha hecho que los factores y riesgos psicosociales hayan aumentado en las últimas décadas y vayan a seguir haciéndolo en el futuro.

Los cambios en la organización del trabajo y en la gestión de las empresas (indefinición y desregularización de los puestos de trabajo, promoción horizontal, empoderamiento, difusión de responsabilidades, precarización, ética estratégica, deslocalización, descentralización organizativa, globalismo, temporalidad y transitoriedad, capital humano, tecnologización, gestión por proyectos, economía colaborativa, economía financiera, entre otros) convierten a estos factores en la principal fuente de riesgo laboral en el nuevo milenio.

Además, ya no se trata de unos factores de riesgo restringidos a ciertos puestos de trabajo en determinados sectores; se han generalizado a todo el tejido empresarial. Se encuentran presentes en todo tipo de empresas, independientemente de su tamaño y sector de actividad. En este sentido, los datos apuntan que en más de 2 tercios de las las empresas españolas existen riesgos psicosociales (ESNER II, 2015), y que estos son una de las principales causas en los accidentes que se producen (VI ENCT, 2007; VII ENCT, 2015).

Entre los factores psicosociales de riesgo que han ido en aumento destacan (6ª EWCS, 2017): las exigencias emocionales, el ritmo de trabajo, la inseguridad en el empleo, la discriminación laboral, y las situaciones de violencia. Los factores psicosociales que han mejorado son la autonomía y la rotación (ambas aumentan). Como se observa, estas tendencias son un reflejo de ese nuevo modelo de gestión empresarial que fomenta la indefinición en el puesto de trabajo (enriquecimiento y alargamiento del puesto) a la vez que aumenta la diversidad de cargas de trabajo, precarizando la situación del/de la trabajador/a, aumentando sus interacciones sociales (internas y externas), pero sin contar con el adecuado apoyo de los/as superiores (aunque mejora, es percibido como muy bajo), sin establecer modelos de gestión adecuados, y devaluando los salarios.

3.2. INCAPACIDAD PARA REDUCIR LOS RIESGOS Y LOS DAÑOS PSICOSOCIALES EN LA SALUD DE TRABAJADORES/AS, EMPRESAS Y SOCIEDAD

Los estudios revelan que los riesgos psicosociales son una de las principales causas de enfermedad y baja laboral; que esta tendencia está creciendo ; y que su costo no repercute solo en quien los sufre directamente (trabajador/a), sino que también afectan a las organizaciones (con conductas contraproducentes como, por ejemplo, absentismo o presentismo), y a la sociedad (que pierde valor humano, y que acaba asumiendo importantes costes económicos). Así, estos riesgos han pasado de ser el 18% de los problemas de salud laboral en 1999, a ser el segundo motivo de baja

laboral y el tercero que más gasto genera en la sanidad pública, en 2009; el estado de salud de los/as trabajadores/as ha empeorado en la última década; y más de la mitad de días perdidos en Europa se deben al estrés (EU-OSHA, 2019). Derivado de todo ello, estaría la muy probable consecuencia de que trabajadores/as, organizaciones y sociedad se habituasen a estos riesgos, pues para la mitad de trabajadores/as europeos/as esta exposición es habitual.

Los principales riesgos percibidos son el estrés, la fatiga, y la violencia y acoso (Entrevistas a agentes clave).

Resulta interesante destacar la **dinámica en la generación del riesgo psicosocial** que se extrae de las Entrevistas a agentes clave. Los factores psicosociales de riesgo se agrupan en tres categorías:

- Factores relacionados con el **puesto de trabajo** (contenido del trabajo y su desempeño).
- Factores propios de las **relaciones sociolaborales** (relación empresa-trabajador/a, perspectivas de futuro, remuneración).
- Factores relacionados con las **políticas y recursos de la Dirección**.

Entre estas tres categorías se producen 3 dinámicas:

- **Activación del riesgo**, que viene generada por la presencia de los factores del puesto. Estos serían los factores activos.
- **Potenciación del riesgo**, que se genera por unas deficientes relaciones sociolaborales. Estos serían los factores agravantes.
- **Control/Expansión del riesgo**. La consolidación o no del riesgo depende de las políticas y recursos que ponga en marcha la empresa. Estos son factores coadyuvantes. Según como se gestionen el riesgo psicosocial se extenderá y cronificará o se controlará y prevendrá.

3.3. NATURALEZA COMPLEJA DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES

Al aumento en la exposición a los factores psicosociales, se ha de añadir su naturaleza compleja. Por un lado, como demuestran los diferentes estudios, su efecto no se restringe a la salud de los/a trabajadores/as, sino que también incide sobre la salud de las organizaciones y de la sociedad en general.

Por otro, como indica la literatura, su relación con la salud y la seguridad no siempre es lineal. Esto significa que no siempre se da la relación “a mayor presencia de un factor psicosocial mayor riesgo para la salud y la seguridad”. En muchos casos la relación es curvilínea; la escasa o excesiva presencia de un factor psicosocial genera un tipo de riesgo u otro, y se ha de trabajar para alcanzar una zona óptima en la que su presencia genera salud y bienestar. Por ejemplo, el exceso de contacto social y relaciones puede generar fatiga emocional, pero la ausencia puede conducir al aislamiento y la discriminación.

Además, se ha de tener en cuenta que, en ocasiones, el efecto de los factores psicosociales de riesgo sobre la salud y la seguridad es directo. Por ejemplo, una situación acoso genera ansiedad. Pero, en otras ocasiones, la presencia de los factores psicosociales hace que la exposición a otros factores conduzca a un daño para la salud y la seguridad, actuando de forma indirecta. Por ejemplo, ante el cambio de un procedimiento de trabajo que puede entrañar unos riesgos de seguridad, la falta de una dirección que clarifique el rol del/de la trabajador/a puede conducir a que este/a ponga en riesgo su integridad, la de sus compañeros/as y/o la de la zona de trabajo.

A esto hay que sumar que los factores psicosociales de riesgo funcionan en distintos niveles de la realidad organizacional: en ocasiones son procesos intrapersonales, en otras interpersonales, en otras grupales, en otras organizativos, y en otras societales.

Todo ello ha de ser tomado en consideración, pues influye en la manera en que se ha de realizar la promoción/prevención psicosocial en las empresas.

3.4. INSUFICIENCIA E INADECUACIÓN DEL SISTEMA DOMINANTE DE GESTIÓN DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD PSICOSOCIAL

Lo expuesto hasta aquí convierte al sistema de gestión de la salud y la seguridad psicosocial en un elemento fundamental para empresas, trabajadores/as y sociedad. De hecho la mayoría de los/as técnicos/as de prevención (1ªEETPL, 2017) estima que, a medio plazo, una parte importante de la prevención se centrará en los factores psicosociales, junto con las empresas saludables y la gestión del envejecimiento, entre otras.

Sin embargo, los resultados obtenidos en los 4 estudios realizados apuntan en la misma dirección: el sistema dominante en la gestión de la salud y la seguridad psicosocial es insuficiente para hacer frente a los factores psicosociales de riesgo tradicionales. Lo que hace que sea totalmente inadecuado para afrontar la creciente exposición y complejidad de los factores psicosociales que se está produciendo. De hecho, los resultados de la Encuesta sobre potencial de salud psicosocial y de las Entrevistas a agentes clave muestran que las empresas suspenden en la actividad preventiva que desarrollan. En el análisis comparado, la actividad preventiva solo aprueba en los sectores industrial, de servicios y de construcción. Y, por tamaño, solo las empresas más grandes aprueban en su actividad preventiva.

Los grupos de discusión indican que la prevención psicosocial que se realiza en las empresas es: a) Escasa, pues se circunscribe casi exclusivamente a la evaluación del riesgo; b) Reactiva, pues las medidas se centran en corregir lo que produce daño, no en prevenir su aparición; c) Obligada, pues las actuaciones suelen producirse por la amenaza y no surgen por voluntad propia de la empresa; d) Externalizada, pues priman las medidas individuales y hay poca integración en la actividad de la empresa.

Las carencias del sistema de gestión de la salud y seguridad psicosocial se evidencian en las actuaciones que se implementan y en las razones por las que se llevan a cabo. Las empresas que realizan prevención integral suponen un tercio (aunque hay factores de riesgo en un 70%). Es cierto que la medida de prevención psicosocial estrella, la evaluación de riesgos, ha aumentado en los últimos años (ESNER II, 2015); y aunque la evaluación de los riesgos psicosociales sea menor a la de los otros riesgos, está creciendo (VII ENCT, 2011). Pero, como indican los agentes clave, este ha sido el principal avance en la prevención psicosocial.

Más allá de la evaluación, se observan pocas actuaciones preventivas. Solo en la mitad de los casos, tras la evaluación, se adoptan medidas. Las principales medidas adoptadas son (VII ENCT, 2011; ESNER II, 2015; Encuesta sobre potencial de salud psicosocial; Entrevistas a agentes clave): vigilancia de la salud, formación e información, procedimientos preventivos, cuestionarios de clima laboral, reorganización del trabajo, asesoramiento confidencial para trabajadores/as, mejorar el clima laboral, modificación de instalaciones, maquinaria, equipos o materiales. Las medidas más extendidas son la vigilancia de la salud, la formación e información, y aplicar procedimientos de acoso o de prevención del estrés. Sobre la participación de los/as trabajadores/as se da en poco más de la mitad de las empresas en las que se ha aplicado medidas (ESNER II, 2015). Sorprende la escasa variedad de propuestas preventivas, y que sean mayormente indirectas.

Resulta especialmente preocupante que la principal razón para realizar acciones preventivas en el ámbito psicosocial sea la presión de los/as representantes de los/as trabajadores, y que la voluntad empresarial por cumplir con sus obligaciones preventivas en este ámbito sea escasa.

Los factores psicosociales sobre los que más actúan las empresas son (Encuesta sobre potencial de salud psicosocial): la conciliación laboral, la violencia y /o acoso, y la promoción.

Las principales diferencias a la hora de realizar actividades de prevención psicosocial se deben al sector de actividad de las empresas, más que a su tamaño. El sector dónde más se trabaja la prevención psicosocial es en la Administración Pública, y donde menos el de servicios (Encuesta sobre potencial de salud psicosocial).

Entre los motivos que dificultan la prevención, se señalan: la complejidad legal, la falta de tiempo y personal, la falta de concienciación de trabajadores/as y directivos/as (ESNER II, 2015). La falta de capacitación de todos/as los/as implicados/as (trabajadores/as, delegados/as, trabajadores/as designados/as mandos, empresarios/as y técnicos/as) es destacada tanto por los/as técnicos/as (1ª EETPL, 2017) como por los agentes clave y los grupos de discusión. También se señala falta de cultura preventiva, tanto de la empresa como de los/as trabajadores/as.

3.5. ESCASA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La actividad de las empresas para promocionar el bienestar y la salud obtiene una calificación de suspenso (Encuesta sobre potencial de salud psicosocial y de las Entrevistas a agentes clave). De hecho, en el análisis comparado, la promoción de la salud no aprueba en ningún tipo de empresa, ni por tamaño ni por sector de actividad.

Los datos muestran que apenas se diferencia entre prevenir riesgos y promocionar la salud. Y esta última no se percibe como un fin en sí mismo, sino como un medio para mejorar la imagen (interna y externa) de la empresa.

En cualquier caso, las medidas para promover la salud son escasas y son muy similares a las que se usan para prevenir los riesgos psicosociales (Encuesta sobre potencial de salud psicosocial, Entrevista a agentes clave, Grupos de discusión): evaluación, formación e información, protocolos de acoso, cuestionarios de clima, conciliación laboral, cambio de métodos de trabajo, y desarrollo de la responsabilidad social y la sostenibilidad. Las principales diferencias a la hora de realizar

actividades de promoción psicosocial se deben al sector de actividad de las empresas, más que a su tamaño. El sector dónde más se trabaja la promoción es en la Administración Pública.

Los motivos que se esgrimen para promover la salud psicosocial son: razones económicas y cuidar la imagen de la empresa, junto con evitar castigos, y cumplir con la normativa. En pocos casos se entiende que la promoción se realice por sí misma.

3.6. IMPERA LA VISIÓN NORMATIVA DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD PSICOSOCIAL

¿Cuál es el potencial en materia de salud y seguridad psicosocial en las empresas? ¿Qué las mueve a trabajar en este campo? Los diferentes estudios realizados coinciden (ESNER II, 2015; Encuesta sobre le potencial de salud psicosocial; Entrevistas a agentes clave; Grupos de discusión): el principal motivo para actuar en el ámbito psicosocial no está dentro de las empresas, es extrínseco, y se encuentra en la legislación laboral. La visión de la salud y la seguridad dominante es la Normativa, seguida por la Cultural, y la de Coste. Por su parte, los/as técnicos/as (1ª EETPL, 2017) añaden que la actividad preventiva es excesivamente burocrática.

A esta visión burocrática y normativizada de la prevención psicosocial hay que sumar que la salud más importante para las empresas es la económica. Y que los tipos que conforman la salud psicosocial, a excepción del social, son los que menos importan a las empresas (Encuesta sobre le potencial de salud psicosocial; Entrevistas a agentes clave). Como se recoge en las entrevistas con los agentes clave *“los riesgos psicosociales: no son una prioridad, son poco importantes para las empresas”*. En sentido contrario apuntan los datos recogidos por Eurofound y EU-OSHA (2014) según los cuales para la mayoría de empresas los riesgos psicosociales son un motivo de preocupación. Estos datos contradictorios muestran que, como mínimo, existe una sustancial diferencia entre lo que preocupa y lo que es una prioridad para las empresas; y que esa preocupación se diluye cuando se ha de intervenir para erradicarlos.

Junto a esto, y como ya se ha indicado, las razones esenciales que llevan a las empresas a actuar en el ámbito psicosocial son: la amenaza y el castigo (requerimientos a la ITSS); el cumplimiento de la normativa legal; y el rédito económico. Apenas se percibe una motivación intrínseca para actuar sobre los riesgos psicosociales. La mayoría de los motivos que se exponen son para evitar refuerzos negativos.

En las entrevistas con los agentes clave se evidencia *“la falta de auténtica cultura preventiva en las empresas y a una organización en la gestión preventiva. Existe una dejadez que se traduce en inacción, dejando que el tiempo solucione estos riesgos”*. Así, aunque los datos indican que se trabaja para activar herramientas preventivas, estas mejoras no producen efectos visibles en las condiciones de trabajo: los daños psicosociales no se reducen, tampoco lo hacen los riesgos psicosociales, ni disminuyen los factores psicosociales de riesgos.

Todo esto conduce a que, como muestra la Encuesta sobre potencial de salud psicosocial y las Entrevistas a agentes clave, las empresas suspendan como organizaciones saludables. Se precisa un cambio en la mentalidad de todas las partes implicadas, que se plasme en el sistema de gestión de la salud y la seguridad psicosocial.

Ahora bien, el cambio de mentalidad no parece guardar relación con la cantidad, sino más bien con la cualidad de las intervenciones. Así, en los análisis comparativos se percibe que las empresas de mayor tamaño son las que más medidas aplican, aunque no está claro que esto les funcione (reduciendo factores y riesgos psicosociales) si bien son mejor evaluadas que el resto. Cuando consideramos el sector productivo donde más se previene y promociona es en la Administración Pública, sin embargo esto no reduce factores ni riesgos psicosociales y su evaluación no es favorable.

Por su parte, en los servicios de prevención también se observan intentos de cambio. En este sentido, se están diferenciando en su forma de prevenir y promover la salud y la seguridad psicosocial:

- Unos se han quedado en la diferenciación por costes, trabajando con ratios de empresas/técnico muy elevados, lo que da un servicio escaso y de mala calidad, centrado en cumplir documentalmente y de forma reactiva.
- Otros se están diferenciando por servicios, ofreciendo *“promoción suprema”* (paquetes de acciones muy vistosos, por ejemplo de mindfulness, risoterapia, yoga, ...) pero poco vinculados con las necesidades de la población trabajadora, y desarrollados sin su participación.
- Otros también se están diferenciando por servicios, pero lo hacen desde el marco preventivo, intentando cambiar la forma de gestionar la prevención psicosocial, integrándola en la actividad de la empresa, y de forma participada.

Tras tantos años con la LPRL en vigor, el conjunto de hechos y percepciones expuestos han ido extendiendo e interiorizando una preocupante visión negativa sobre las actuaciones que las empresas realizan en materia psicosocial. Esta visión global

negativa genera un efecto contagio, ensombreciendo las acciones positivas que se llevan a cabo. Esto conlleva que el foco de atención se centre más en lo que falta que en lo que hay. Lo preocupante de esta visión negativa, sostenida en el tiempo, es que acabe generando bien resignación y hastío (conduciendo a la inacción), bien frustración e ira (conduciendo a la acción aislada y transitoria).

3.7. ORIENTACIONES PARA MEJORAR EL MODELO DE SALUD Y SEGURIDAD PSICOSOCIAL

Llegados a este punto, y considerando las aportaciones de los 4 estudios, resulta evidente que la forma dominante de prevenir y promover la salud y la seguridad psicosocial de las empresas en España no resulta la más adecuada; al menos si lo que se pretende es mejorar las condiciones de trabajo y, con ello, la salud y la seguridad de trabajadores/as, organizaciones y sociedad.

Cabría plantearse ¿hacia dónde debería orientarse el sistema de gestión de la salud y la seguridad psicosocial?

El **primer paso** para iniciar un cambio real está en **modificar la visión de todas las partes implicadas**. Frente a los retos que la evolución de la salud y la seguridad psicosocial nos está planteando, uno puede anclarse en posturas basadas en las dicotomías (empleo o salud, resultados o seguridad, precariedad o desempleo, producción o prevención, denuncia o inacción). Aunque también pueden plantearse propuestas cooperativas, tarea que requiere dos cosas a todos/as los/as implicados/as: participación e imaginación. Participación a través de un diálogo sostenido, e imaginación para pensar de manera sistémica. Lo contrario implica perpetuar esas dinámicas dicotómicas que ya se han convertido en hábito (véanse, la letanía de “mejor empleo precario que no empleo”; o la amenaza de la denuncia para que se actúe; o “evaluo pero después no actúo”). Esto ha convertido la confrontación en la zona de confort de la actividad preventiva psicosocial; una zona donde la evidencia nos demuestra que no hay progreso ni mejora. La propuesta alternativa pasa por construir un modelo de prevención psicosocial integral.

Los/as agentes clave, en las entrevistas, ha sugerido una serie de aspectos para alcanzar ese sistema de gestión integral. Son propuestas sencillas pero esenciales; y, lo que es más importante, permiten crear una zona común sobre la que trabajar. Se centran en “abordar el tema”. Estas propuestas son: crear cultura preventiva; concienciar sobre la relevancia de los factores psicosociales; formar (obligatoriamente) en materia de riesgos psicosociales; fomentar la participación; evaluar la posible existencia de riesgos psicosociales; y dotar de mayor poder de actuación al CSS. Estas orientaciones nos indican la necesidad de crear, en primer lugar, una Visión Compartida.

En la creación de esa visión hay un referente claro: la legislación en materia preventiva. Como se extrae de los estudios, la construcción de organizaciones saludables ha de partir del ámbito preventivo, y después ir más allá. Para ello es fundamental que se deje atrás la visión Normativa dominante, y que avancemos hacia una visión de la salud y la seguridad Cultural y de Plenitud.

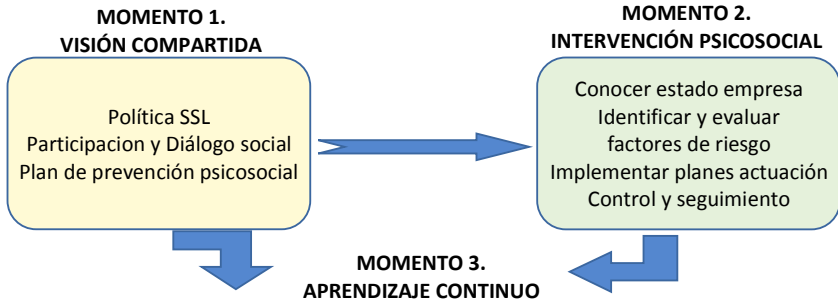
En un segundo lugar, los resultados de los estudios nos indican medidas concretas, que pueden servir de referencia para ir más allá, y activar un procedimiento general de actuación en material psicosocial:

- Partir de un diagnóstico de la situación actual de la empresa
- Centrarse en las necesidades sentidas por los/as trabajadores/as más que en aplicar soluciones “creativas” pero alejadas del día a día
- Fomentar una auténtica cultura de la prevención
- Existencia de un compromiso real por parte de la empresa
- Promover la participación, formación e información
- Trabajar con transparencia
- Dotar de los recursos necesarios para hacerlo
- Implantación de medidas concretas (conciliación, igualdad, clima de trabajo, dieta saludable, acondicionamiento físico, etc.)
- Evaluación y seguimiento de las medidas implementadas

Un elemento fundamental en esta intervención psicosocial es promover la participación de todos/as los/as integrantes de la organización.

A estos 2 momentos habría que añadir un tercero, que permitiera que ese procedimiento preventivo integral mejorase continuamente y se adaptase a los cambios en los factores psicosociales y en su intervención.

Figura 1. Momentos de la gestión psicosocial integral. Fuente: Gimeno et al., 2018.



De esta forma, la **primera orientación** para lograr un sistema de gestión psicosocial integral es considerar que existen 3 **momentos** (ver Figura 1):

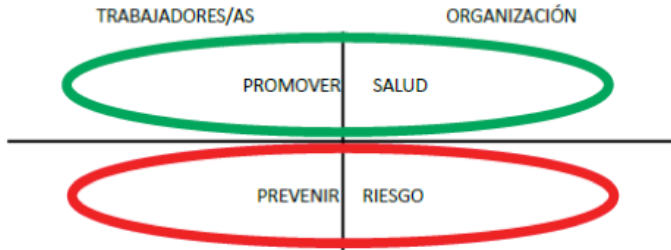
- El primero, para encontrar las zonas comunes de trabajo, y que genere una visión compartida sobre la prevención psicosocial, basado en la participación y el dialogo. Y concretado en el Plan de prevención en materia psicosocial. Esta visión ha de trascender la visión Normativa dominante, y orientarse hacia la visión Cultural de la salud y la seguridad laboral.
- El segundo, en el que se desarrolla la intervención psicosocial propiamente dicha, donde se identifican y evalúan los riesgos, y se llevan a cabo las acciones preventivas. La intervención no puede reducirse a la evaluación psicosocial, sino que ha de ir acompañada de medidas preventivas.
- El tercero, que promueve que este sistema está en continuo aprendizaje y mejora, porque se actúa, se hace un seguimiento y se extraen conclusiones que revierten en el desarrollo del sistema.

La **segunda orientación** tiene que ver con el **enfoque** que se tiene de la salud y la seguridad psicosocial (ver Figura 2). La evolución y complejización que se están dando en el ámbito psicosocial exige que adoptemos una perspectiva holística, plural e integral de la salud y la seguridad. Eso significa:

1. Contemplar la multicausalidad en los factores psicosociales.
2. Comprender su naturaleza compleja, que la actividad preventiva en este contexto se centra tanto en prevenir los daños como en promover la salud.
3. Entender que la actuación preventiva ha de realizarse en diferentes niveles de las empresas.

4. Crear zonas comunes de trabajo entre la actividad preventiva y la gestión de las personas en las organizaciones.
5. Trabajar desde una aproximación multivariada, pero basada inexcusablemente en la planificación preventiva.

Figura 2. Ampliación del enfoque en la prevención psicosocial.



La **tercera orientación** guarda relación con la **implementación** del sistema de gestión de la prevención psicosocial integral. Como ya se ha indicado, el sistema ha de promover y facilitar la participación de todos/as los/as implicados/as, y el diálogo social es un factor clave. Las actuaciones preventivas que se lleven a cabo han de tener en cuenta todos los posibles niveles: individual; interpersonal- grupal; organizacional; y societal. Y priorizarlos, siguiendo las indicaciones del art. 15 de la LPRL (se han de combatir los riesgos en su origen, sustituyendo lo peligroso, y anteponiendo la protección colectiva a la individual). Esto significa priorizar las medidas de prevención que actúan en los niveles organizativo y grupal (ver Figura 3).

Figura 3. Priorización en los niveles de actuación. Fuente: Gimeno et al., 2018.

1º Foco en el origen		2º Focos complementarios		
Organización	Grupo	Sociedad	Individuo	Interpersonal



La **cuarta orientación** corresponde con la **actuación preventiva**. Una adecuada actuación nace de una correcta identificación y evaluación de los factores psicosociales de riesgo. Pero como paso previo, debemos contar con un adecuado plan de prevención, sistémico y sistemático. Pero como paso previo a ese plan, se ha de tener una política integral y una visión compartida que se retroalimenta y aprende continuamente. Y todo esto es lo constituye la prevención integral de los riesgos psicosociales.

Para lograr la prevención psicosocial integral, Vega (2015) señala que es importante tener en cuenta: la resistencia/predisposición que muestra la empresa a introducir cambios; disponer de una estrategia de intervención realista; implantar intervenciones integrales; apoyar la mejora continua.

En este sentido el sistema gestión integral de los factores psicosociales de riesgo ha de ser flexible y adaptarse al contexto empresarial. Esto implica (Gimeno et al., 2018):

- a. Adoptar un enfoque glocal: combinar políticas empresariales en materia de salud y seguridad laboral con medidas específicas.
- b. Incorporar estrategias de intervención primarias, secundarias y terciarias, dándole preponderancia a las primarias.
- c. Incorporar las diferencias existentes entre los colectivos expuestos.

Una **quinta orientación**, más operativa, relacionada con la existencia de diferentes colectivos expuestos. Una de las tendencias en el mundo laboral es el aumento de la **diversidad**: de género, de etnias, de precarización, y generacional. Esta diversificación creciente ha de ser tenida en consideración a la hora de implementar las actuaciones preventivas, pues conllevan diferencias significativas, estudiadas y contrastadas, en la exposición a los factores psicosociales. En este sentido, las políticas y planes preventivos han de contemplar la segmentación de cierto tipo de actuaciones, atendiendo a los criterios específicos de los diferentes colectivos que conforman la organización.

La sexta orientación, también operativa, tiene que ver con la **dinámica de los factores psicosociales de riesgo**. Los estudios realizados nos han mostrado la existencia de tres grupos de factores: los relacionados directamente con el puesto de trabajo y su desempeño (Factores Activos); los que definen las relaciones sociolaborales que vinculan al/a la trabajador/a con la empresa (Factores Agravantes); y aquellos otros derivados de las políticas y recursos que se establecen desde la Dirección de la empresa (Factores Coadyuvantes). Entre estos tres factores se generan 3 dinámicas: de

activación del riesgo (generada por la presencia de los Factores Activos); de potenciación del riesgo (generada por los Factores Agravantes); y de Control/Expansión del riesgo (regulada por los Factores Coadyuvantes) (ver Figura 4).

Figura 4. Dinámicas de los factores psicosociales de riesgo



Según esto:

- a. Las evaluaciones de los riesgos psicosociales deberían analizar el grado de exposición y la gravedad del daño que producen estos tres tipos de factores (Activos, Agravantes y Coadyuvantes). Normalmente los métodos existentes se centran principalmente en los factores activos.
- b. Las medidas preventivas psicosociales contempladas en el plan de prevención, para ser integrales, deben actuar sobre las 3 dinámicas de riesgo (Activación, Potenciación y Control/Expansión).

Para finalizar, aportar una **última orientación**. El objetivo final en el cambio de modelo de gestión es llegar a implementar planes y actividades de prevención psicosocial sistémicos, integrales e integrados. Y con ello empezar a **crear un ciclo preventivo integral** en nuestra actividad sobre los factores de riesgo psicosocial (ver Figura 5).

European Agency for Safety and Health at Work -EU-OSHA- (2007).

Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Agency for Safety and Health at Work -EU-OSHA- (2010). *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks. Managing safety and health at work.*

Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Agency for Safety and Health at Work -EU-OSHA- (2014). *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks.*

Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Agency for Safety and Health at Work -EU-OSHA- (2015). *Second European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER-2).*

Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work. Eurostat (2010). *Health and safety at work in Europe. 1999-2007.*

Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurostat (2010). *Health and safety at work in Europe. 1999-2007.*

Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Gamero-Burón, C. (2010). Evaluación del coste por pérdida de jornadas laborales asociado al estrés laboral: propuesta para España.

Estudios de Economía Aplicada, 28(3), 1-20.

Gamero-Burón, C., y González, M.L. (2008). *Evaluación de los costes de la no prevención de riesgos psicosociales en el trabajo: propuesta para el estrés laboral.*

Universidad de Málaga. INSHT.

García, A. y Fernández, J.A. (2018). *Anuario internacional sobre prevención de riesgos psicosociales y calidad de vida en el trabajo.* UGT-CEC.

Gimeno, M.A. (2016). *Integración de los factores psicosociales de la salud laboral: propuesta de una visión configuracional.*

Tesis Doctoral, Universitat Jaume I, Castellón (España).

Gimeno, M.A., Grandío, A., y Marqués, A.I. (2013). El cambiante mundo de las organizaciones. Hacia una organización saludable.

Revista internacional de Organizaciones, 10, 41-63.

Gimeno, M.A., Marqués, A.I., Climent, D. y Climent, O. (2018). *Guía técnica para la prevención de los factores de riesgo psicosocial, desde un enfoque de género.*

Valencia: UGT-PV.

Glaser, B.G. y Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research.* Chicago: Aldine.

Gómez, I.C. (2007). Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Universitas Psychologica*, 6(1), 105-113.

Han, B. (2014). *En el enjambre.* Barcelona: Herder.

- Härenstam, A., Karlqvist, L., Bodin, L., Nise, G., Schéele, P., y MOA Research Group (2003).** Patters of working and living conditions: a holistic, multivariate approach to occupational health studies. *Work & Stress*, 17(1), 73-92.
- Hodson, R. y Roscigno, V.J. (2004).** Organizational Success and Worker Dignity: Complementary or Contradictory?. *American Journal of Sociology*, 110(3), 672-708.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo -INSST- (2003).** *V Encuesta Nacional de Condiciones de trabajo* (ENCT 2003). Madrid: INSHT.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo -INSST- (2007).** *VI Encuesta Nacional de Condiciones de trabajo* (ENCT 2007). Madrid: INSHT.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo -INSST- (2011).** *VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo -INSST- (2017).** *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de España. 2015 6ª EWCS-España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Laloux, F. (2016).** *Reinventar las organizaciones*. Barcelona: Arpa y Alfíl Editore.
- LEY 31/1995,** de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269 10/11/1995.
- Lindström, K., Schrey, K., Ahonen, G. y Kaleva, S. (2000).** The effects of promoting organizational health on worker wellbeing and organizational effectiveness in small and médium-sized enterprises. En L.R. Murphy y C.L. Cooper (Eds.) (2000), *Healthy and productive work. An international perspective*. Londres: Taylor & Francis.
- Moreno, J.O., López, J., Montejo-González, A.L., Osuna-Guerrero, R., y Duque-González, B. (2009).** The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *European Journal of Health Economics*, 10(4), 361-369.
- Moreno-Jiménez, B., y Garrosa, E. (2013).** Salud laboral. Factores y riesgos psicosociales. En B. Moreno-Jiménez y E. Garrosa (Eds.), *Salud laboral. Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral*. Madrid: Pirámide.
- Newell, S. (1995).** *The healthy organization*. London: Routledge.
- Observatorio permanente de Riesgos Psicosociales (2006).** *Guía sobre Factores y Riesgos Psicosociales*. Madrid: UGT.
- Organización Internacional del Trabajo -OIT- (2009).** *Salud y vida en el trabajo: un derecho humano fundamental*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo -OIT- (2010).** *Riesgos emergentes y nuevos modelos de prevención en un mundo de trabajo en transformación*. Ginebra: OIT.
- Organización Internacional del Trabajo -OIT- (2016).** *Estrés en el trabajo: un reto colectivo*. Ginebra: OIT.

Organización Mundial de la Salud -OMS- (2010).

Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS.

Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. Suiza: OMS.

Real Decreto 604/2006, de 19 de mayo, por el que se modifican el RD 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, y el RD 1627/1997 de octubre, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en las obras de construcción.

Sánchez-Herrera, I.S. (2017). *1ª Encuesta en España a técnicos de prevención de riesgos laborales.*

<https://www.aepsal.com/wp-content/uploads/2017/04/1%C2%AA-Encuesta-en-Espa%C3%B1a-a-TPRL.pdf>

Standing, G. (2013). *El precariado. Una nueva clase social.*

Barcelona: Ediciones del Pasado y presente.

Urreiztieta, M.T. (2004). La sociología interpretativa: globalización y vida cotidiana.

Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología, 13(3), 457-470.

Valladares, A., Dilla, T., y Sacristán, J.A. (2008). La depresión: una hipoteca social.

Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad.

Actas Españolas de Psiquiatría, 36.

Virgă, D. (2011). *Occupational health psychology: methodological approaches.*

Disponible en: <http://www.mobbing.ro/en/articles/occupational-health-psychology/occupational-health-psychology-methodological-approaches/>

Wilson, M.G., DeJoy, D.M., Vandenberg, R.J., Richardson, H.A., y McGrath, A.L.

(2004). Work Characteristics and Employee Health and Wellbeing:

Test of a Model of Healthy Work Organization.

Journal of Occupational and Organizational Psychology, 77, 565-588.

